

Tartalom:

Bevezetés
Rövid hírek, információk
Programok
Beszámolók konferenciákról
Tanulmány (Deviancia IV.)
Szakmai előadások
Szupervíziós felmérés eredménye
Egy grafikon...
Könyvajánlat
Idézetek

Bevezetés

Novemberben már érezzük, megint eltelt egy év. És egyre több elmaradt feladattal szembesülünk, próbáljuk bepótolni, igyekszünk az év hátralévő napjait hasznosan felhasználni, hogy a következő évet ne terheljük elvarratlan szálú dolgainkkal.

Az *Infó* is most hasonló helyzetbe került: a szolgálatvezetőnk szervezésében májusban volt egy szuicidológiai konferenciánk, aminek az előadásait ígértük, hogy megjelentetjük, de eddig erre még nem került sor. Most, a novemberi és a decemberi számokban azonban pótoljuk elmaradásunkat: jelen lapban öt előadás szövegét olvashatjátok, a következő számunkban pedig további négyet fogunk közölni.

A devianciáról szóló sorozatunk végére értünk, két konferenciáról számolunk még be, s a szokásos rovatokon túl még a szupervíziós felmérés eredményéről is ismertetjük, illetve egy grafikont is láthattok arról, hogyan is alakult az elmúlt években a stáb „leterheltsége”.

Mindenkinek jó ügyeleteket kívánunk!

Debrecen, 2001. november 19.

Rénes László

Rövid hírek, információk

- November 24-e a nemzetközi "**Ne vásárolj semmit**" nap. A nyugati világban az utóbbi évtizedekben sokan megfigyelték, hogy a karácsony előtti bevásárlást a nagy cégek kampányaikkal egyre inkább "kitolják", mesterségesen hosszabb időtartamúra növelik. Mindezt természetesen a nagyobb haszon reményében. Ezért gondolták úgy egyesek, hogy kell egy olyan nap - és ez a karácsonyi nagyvásár előtt legyen - amikor kifejezhetjük, hogy nem a pénzzel megvett értékektől lesz jobb az életünk vagy szebb a karácsonyunk. Hogy mennyire "elindult a szekér" a kereskedelemben, azt az is mutatja, hogy november 24-e már nem egy "korai"

dátum, sok bolt pultján akár október végén-november elején megjelennek a karácsony kellékei (Ebben az évben pedig már október 15-én láttam szaloncukrot és csokimikulásokat az egyik hipermarketben!). A világon sok helyen ezen a napon (karácsony előtt pontosan egy hónappal) természetes anyagból, házilag készített kis ajándékokkal lepik meg a járókelőket, ezzel is felhívva a figyelmet arra, hogy egy ilyen ajándék lehet kedvesebb, személyesebb, mint pl. egy drága, agyon csomagolt, műanyag - sokszor esztétikailag borzasztó - játék. Nem véletlen, hogy a környezetvédők is megtartják ezt a napot, hiszen tudjuk, a környeztkárosítás és környezetszennyezés egyik legfőbb okozói a mértéktelen fogyasztás, az esztelen, túlzásba vitt felhalmozás mánia (direkt is, de indirekt formában is, hiszen azok a vállalatok a leginkább környezetszennyezők, amelyek a túlfogyasztást szolgálják ki). Örömmel hallottuk, hogy tavaly Hajdúböszörményben a helyi Ifjúsági és Természetvédő Kör is csatlakozott a nemzetközi nap célkitűzéseéhez, s városukban különböző megmozdulásokkal hívták fel a figyelmet a túlfogyasztás szellemi- és környezetszennyező veszélyeire. Debrecenben sem ártana...

- December 5-e az **Önkéntesek Nemzetközi Napja**. És már hosszú évek óta az. Ahhoz, hogy ezt szélesebb körben is megtudjuk - a 2001. évet az Önkéntesek Nemzetközi Évének kellett elfogadnia az ENSZ-nek, s az ehhez kapcsolódó egyik rendezvényen, így mellesleg derült ki: nemcsak egy évet szenteltek az önkénteseknek, hanem minden évben van egy nap kijelölve számukra. Ezek a nemzetközi napok viszont csak akkor érnek valamit, ha tartalommal is megtöltik. Kár, hogy eddig még senkinek sem jutott eszébe az, hogy ezen a napon a nagy nyilvánosság előtt, valahogyan felhívják a figyelmet az önkéntesek munkájára.
- **Büntetőjogi képviselő** kezdte el működését ingyenesen a Debreceni Egyetem Jog- és Államtudományi Intézetének joghallgatóinak közreműködésével, "*Jogi Klinika*" néven. Azoknak a Hajdú-Bihar megyei, büntetőeljárás hatálya alatt álló személyeknek a jelentkezését várják, akik egyrészt anyagi helyzetük miatt nem tudnak védőt meghatalmazni, másrészt hozzájárulnak ahhoz, hogy az irányukba ingyenesen vállalt ügyük intézésébe ügyvédi felügyelet mellett joghallgatók is bekapcsolódhassanak. A jelentkezést levélben kérik (bemutató és ügyüket ismertető levél formájában) a következő címre: Debreceni Egyetem, JÁTI Jogi Klinika, 4011 Debrecen, Pf. 47.
- A **Szociális és Családügyi Minisztérium** tavaly szeptemberben rendezett konferenciát a Parlamentben, Utak és lehetőségek a szegénység visszaszorításához címmel. Ebben az évben, december 3-4-én, a Magyar Tudományos Akadémián rendezik meg a folytatást, *Utak és lehetőségek az egyenlő esélyek megteremtésére* címmel. A rendezvényre ebben az évben is meghívást kaptunk

Programok

2001. november 9.	péntek	15³⁰ - 18³⁰	
szupervízió			
	14 - 15 ³⁰ és 18 ³⁰ - 19 ³⁰		egyéni szupervízió
2001. november 19.	hétfő	18 - 21	esetkonzultáció és
megbeszélés			
2001. december 3.	hétfő	18 - 21	esetkonzultáció és
megbeszélés			
2001. december 14.	péntek	15³⁰ - 18³⁰	
szupervízió			
		(14 - 15 ³⁰	egyéni szupervízió)
		18³⁰ - 21	évbúcsúztató

Beszámolók konferenciákról

Önkéntesség és a professzionális segítség kapcsolata

2001. október 11-én, az Észak-alföldi Regionális Ifjúsági Iroda nagytermében szervezett konferenciát a Forrás Egyesület, az Önkéntesek Nemzetközi Éve programjaihoz kapcsolódóan.

A konferenciára előadóként voltam meghívva, így kevésbé tudtam összpontosítani a többi előadás jegyzetelésére. Ezért most nem külön-külön ismertetem az előadásokat, hanem sűrítve írom le a konferencián elhangzottakat és a benyomásaimat.

Berényi András, a konferencia létrehozója a legelején különböző dilemmákról beszélt: pl. alárendelődés vagy függetlenség, laikusság vagy profizmus, magán- vagy közérdek jellemzi-e a civil szektort, azon belül is az önkénteseket. Ezt a konferenciát arra is szánták, hogy számba vegyük értékeinket, szólhassunk a problémáinkról, s a jó kezdeményezéseket tovább adhassuk.

Az Önkéntesek Nemzetközi Éve az ENSZ megfogalmazása szerint azt a célt szolgálja, hogy növekedjen az önkéntesség társadalmi elismertsége, erősödjön a civil szféra, a kormányzatok és a helyi társadalmak legyenek képesek párbeszédre a civilekkel, a kormányok támogassák az önkéntes munkavégzést, az önkéntességgel kapcsolatos képzéseket, nemzetközi információs hálózat jöjjön létre, s az önkéntesen feladatokat vállalók számszerűen is növekedjenek.

A következő előadónk, *Porkoláb Gyöngyi* összeírta, hogy az önkéntességről mi is jut eszébe az embereknek. Többek között: áldozatkészség, ingyen munka, segítség, önzetlenség, odafigyelés, emberségesség, szeretet, szolidaritás,

fáradhatatlanság, kitartás, példamutatás, céltudatosság, öröm stb.

Kik is hát az önkéntesek? - tehetjük fel a kérdést. Mindenki lehet önkéntes, a társadalmi élet minden területén, ahol szükség van munkájára. Aki képes és hajlandó tudását és szabadidejét az önkéntes munkára áldozni. Bárki, aki tudatosan tevékenykedik mások javáért.

Az önkéntesség a társadalmi, kulturális, gazdasági és környezeti fejlesztés közösségi eszköze. Az önkéntesek aktív és felelős állampolgárok, akik tevékenységükön keresztül fejlesztik saját személyiségüket, új készségeket és tudást sajátítanak el. Munkájuk során másokat is hozzásegítenek, hogy közösségeik életében aktív, felelős szerepet vállaljanak.

Az önkéntesek készségekkel, képességekkel rendelkeznek; leggyakrabban a következőket szokták említeni: érzékenység, tolerancia, szolidaritás, együttműködési készség, professzionális hozzáállás, a fizetetlen munkára való hajlandóság, erős motiváció és érdekmentesség.

Az önkéntes tevékenység általában szervezeti keretek között valósul meg. A szervezetek az önkénteseknek a biztonságot adó háttérrel (és közösséggel); a segítetteknek, a közösség többi tagjának pedig a szakmai, minőségi garanciát jelentik. Az önkéntesek munkájának jól szervezettnek kell lennie, és professzionális módon kell kivitelezni, hiszen bármilyen tevékenységet is végeznek az önkéntesek, ezt professzionális hozzáállással kell csinálniuk.

Rénes László



Dialogus a civil Magyarorszáért

2001. október 18-19-én, Nyíregyházán tartottak konferenciát a Miniszterelnöki Hivatal Civil Kapcsolatok Főosztálya és a Nyírségi Civilház szervezésében az Északalföldi régió (Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg

megyék) civil szervezeteinek és az önkormányzatok civil referenseinek.

A meghívó azzal biztatta a jelentkezőket, hogy nem "szokványos" konferenciára készülnek, hanem szeretnék a civil szervezetek képviselőinek minél több ismereteket átadni. A rendezvény tehát inkább

továbbképzésként működik a jogi- és pénzügyi (gazdálkodási) szabályok, illetve a nonprofit menedzsment tárgykörökben. Nem itt, ebben a pár órában ismerkedhetünk meg az alapokkal, hanem a már gyakorlatban is megszerzett tapasztalatokat bővíthetjük, erősíthetjük meg egy kis elmélettel.

Azt kell mondanunk, hogy hiánypótló ez a kezdeményezés, hiszen a civil szervezetek működtetését sokan csak a jól-rosszul „elsett” gyakorlatból ismerik, számos törvénnyel, jogszabállyal, ismerettel nincsenek tisztában. Egyik oldalról egy kicsit „lenézett” ágazat ez, hiszen nem milliókkal és milliárdokkal gazdálkodnak, a kis költségvetés pedig nem menti fel a szervezetek vezetőit az alól, hogy törvényeket, szabályokat betartó módon kell gazdálkodniuk. Ugyanakkor az önkéntesség és elhivatottság mellett fontos ismeretek is segítik a munkát, a szervezési, vezetési, marketing, PR és egyéb megkerülhetetlen tevékenységeket. A másik oldal viszont az, hogy még nagyon kevés szakon tanítják a nonprofit ismereteket, s a továbbképzéseket, tanfolyamokat szervező cégek pedig a mai magyar átlagos civil szervezetekhez mérten megfizethetetlen áron próbálják eladni a „tudást”. Elég csak a különböző jogszabálygyűjtemények árára gondolni (amelyek mellel minden évben módosulnak). Egy-egy (átlagos) civil szervezetnek évente százazreket kellene költenie a saját képzésére, amiben természetesen a konkrét munkájukkal kapcsolatos képzésekkel nem is számoltunk. Így aztán a pénzhiány miatt a szervezetek meg sem próbálnak professzionálisan működni, olykor innen-onnan hallott információkra támaszkodva végzik a munkát. Továbbképzésekre tehát nagy-nagy szükség van, ahol rendszerezett ismereteket kaphatunk, s ha az ráadásul ingyenes is, akkor remélhetőleg minél több szervezet képviselteti magát egy-egy tagjával.

A konferencia előadásain a kormányzat és a civil szektor együttműködéséről, az önkormányzatok és a civil szervezetek kapcsolatáról, illetve a régióban ismert problémák kezelhetőségéről, megoldási lehetőségeiről volt szó.

Az előadások után és másnap négy szekcióban történt a tulajdonképpeni továbbképzés: nonprofit menedzsment, jogi és gazdálkodási ismeretek, az önkéntesség szerepe témájú szekciók a civil szervezetek képviselőinek, illetve az önkormányzatok és a civil szervezetek közötti kapcsolatépítés címén az önkormányzati dolgozóknak tartottak szekciót. Az utóbbiról csak annyit tudok, hogy a köztisztviselők új képzési rendszerébe beépítették a nonprofit ismereteket is, s most próbálják továbbképzéseken a már önkormányzatoknál dolgozóknak is ezt "pótolni". Az itteni szekció is egy ilyen továbbképzési lehetőség volt.

A jogi és gazdálkodási ismeretekről szóló szekcióban először is arról kaphattunk képet, hogy tudatos gazdálkodás nélkül a civil tevékenység folytatása kerülhet veszélybe. A jogszabályok ismerete és alkalmazása nélkül nincsenek „garanciák” arra, hogy tevékenységünk jogszerű, és pl. a még önzetlenül végzett munka során is felmerülhet a visszaélés gyanúja.

A nonprofit menedzsment szekciójában a vezetés felelősségét hangsúlyozták. Felelőség a működés és fejlesztés szükséges emberi, anyagi, technikai, pénzügyi és szervezeti feltételeinek a megtervezéséért.

A tervezéshez szükséges kiindulási pont a helyzetelemzés, amely két fázisra bontható: a külső környezeti és belső szervezeti diagnosztikára. Meg kell találni az összefüggéseket a külső tényezők és a szervezet működésének eredményessége között. Szó volt még a szervezeti konfliktusokról is, amiket három módon értelmezhetünk (emocionális, instrumentális és strukturális konfliktusok).

Az elméleti kérdések mellett arra is kerítették időt a csoportvezetők, hogy a résztvevők közül önként vállalkozó szervezetvezető által hozott konfliktus kezelését a gyakorlatban is kipróbálhassuk. Tapasztalatom az, hogy ez az „esemény” volt a legnagyobb hatással a résztvevőkre. Nem elhanyagolható tényező, hogy a csoport 18-20 tagjából talán rajtam kívül senki sem szokott rendszeresen szupervíziót részt venni (mindössze két főiskolás lányról feltételezem, hogy volt már szupervízióban). A szervezeti konfliktus nem oldódott meg, hiszen a szereplői nem is voltak jelen, de lényeges összefüggésekre derült fény, amiért a merész témához nagyon hálás volt a csoportnak, s a csoportban is megmozdult valami (csak egy spontán példát hozzak: a szekció/csoport az elején szekcióként működött, itt viszont egyre inkább csoportként, s a konfliktuskezelési gyakorlat végére észrevétlenül mindenki tegeződött).

Az önkéntesség szekciójában sorba szedtük, mi jellemzi az önkéntes munkát: szabad, egyéni választáson alapul, tehát személyes indíttatású, anyagi érdektől mentes, ami nem jelenti azt, hogy valamilyen díjazásban ne részesüljenek az önkéntesek, mások javát szolgálja az önkéntes munka, elősegíti, hogy egyének vagy közösségek részesei legyenek saját problémáik megoldásában és egyidejűleg hasznos a társadalmi szinten, a támogatásra szorulónak, de az önkéntes munkát végzőnek is. Az önkéntes munka gazdasági haszna sem elhanyagolható, hiszen a leggazdagabb országok sem tudnák pótolni az önkéntesek által elvégzett munka ellenértékét. E mellett vannak olyan feladatok, amelyeket sokkal hatékonyabban látnak el az önkéntesek, mint fizetett dolgozók. A filantropia a versennyel, az önzéssel szembeni ellensúly szerepét is betölti. Mivel az aktív társadalmi részvétel lehetőségét kínálja, fejleszti a

kezdeményező és a cselekvőkészséget, amelyek a közösségi fejlesztőmunkának is alapvető értékei. A közösségi munkavégzés során többnyire erősödik a résztvevőkben a felelősségvállalás, a bizalom, a tolerancia, a mások szempontjainak figyelembe vétele, a kölcsönösség és a szolidaritás. Elmondható tehát, hogy az önkéntes munka sok esetben lelki szükségleteket is kielégít.

Ha egy szervezet önkénteseket kíván foglalkoztatni, szükséges a nyilvánosság felhasználása, hogy keressük azokat az embereket, akik ilyen feladatot szívesen vállalnak. Fontos, hogy ilyenkor azokra az értékekre apelláljunk és hivatkozzunk, amelyek erre a munkára jellemzőek, így motivál a csatlakozásra. Ehhez - önmagunknak és a külvilág számára is - világosan meg kell fogalmaznunk, milyen feladatokra várunk önkénteseket. A szervezetnek előre, tudatosan fel kell készülnie az új jelentkezők fogadására. Jól kell felkészíteni a hozzánk csatlakozókat a leendő feladataikra, hogy minél hasznosabbnak érezzék magukat, s hogy mi is minél hatékonyabban gyarapodjunk a munkájuk által. Ügyelni kell arra, hogy mindkét fél elégedett legyen

egymással. Az új emberek energiát, frissességet, lendületet hoznak a szervezetbe, megakadályozzák, hogy a régi munkatársak elszürküljenek, „besavanyodjanak”. A régi kollégák viszont a tapasztalataikat tudják átadni az újaknak. Ezért célszerű az önkéntesek első kiképzésébe a régi munkatársakat bevonni, majd a már aktív új és régi önkénteseknek közös továbbképzést tartani, amely nagyon jó terep ezeknek az értékeknek a kicserélésére.

Az önkéntesek megtartását elősegíthetik: a munka nyilvános elismerése, a rendszeres tájékoztatás (jó információáramlás, kommunikáció), véleménykikérés, ünnepi alkalmak, hagyományok ápolása.

Téves az az álláspont, hogy az önkéntesek munkája nem eléggé kérhető számon, így a szakmai színvonal, a teljesítmény és a felelősségvállalás terén alacsonyabb értékű munkát várhatunk csak el. Éppen az erős motiváltság és elkötelezettség okán az önkéntesek képesek valódi szakmai teljesítményekre.

Rénes László

Tanulmány

devian©va

Devianci a

IV.

A segítő intézmények szerepe, lehetősége és felelőssége a deviancia társadalmi jelentkezésében és kezelésében

Bevezetés

"Nehéz megállapítani, hogy a deviáns viselkedési formák akadályozzák-e a fejlődéssel való lépéstartást vagy éppen fordítva: a kitörés kilátástalansága kedvez a deviáns viselkedési minták sokszor generációkról generációkra történő átörökítésének."¹ *Gönczöl Katalin* mikor ezt felveti, egyben válaszol is erre, azzal, hogy valószínűsíti, vice versa, egymást erősítő folyamatokról van szó. A halmozottan előforduló deviáns viselkedési formák bemutatásánál tisztább képet kapunk ennek igazáról.

¹ GÖNCZÖL K.: Bűnös szegények (KJK. Bp. 1991.) 157.o.

A legnagyobb kérdés, hol, mikor, hogyan és ki(k) tud(nak) pozitív módon beavatkozni és milyen szinten (egyén, család, közösségek, társadalom), hogy a társadalmi integráció ne devalválódjon (tovább), hogy a családok képesek legyenek betölteni a szerepüket, hogy a társadalom egyénei tudjanak bízni önmagukban, képességeikben, lehetőségeikben, és kellő önvédelemmel és önismerettel felvértezve boldoguljanak akkor is, ha valamilyen nehézséggel kerülnek szembe.

A deviancia jelentkezése és kezelése

A deviancia jelentkezése és kezelése a családban

A család alapvető funkciója a gyermek *szocializációja*, ami alapján fog felnőttként majd a társadalomban élni, viselkedni, szerepeket ellátni, a közösség tagjaként a normákat és értékeket elfogadni vagy elutasítani. A család szocializációs szerepe nem csökkent és főként a negatív példák mutatják, hogy az elsődleges szocializáció mennyire meghatározó az egyén életében. A szocializáció első szakaszában jelentősen felerősödnek a negatív viselkedési minták hatásai, direkt módon realizálódik a reprodukciós folyamat.² Ebből következően a deviáns magatartást tanúsító szülők gyerekei hátrányos helyzetben vannak, életük alakulása feltételezhetően nem lesz problematikus, de hiszen sok esetben életük első időszaka sem mentes a problémáktól. Azon gyermekeknél, akiknek a szüleinél halmozottan előfordulnak deviáns viselkedési formák a felemelkedési esélyek nagyon csekélyek. *Gönczöl Katalin* arra mutat rá, hogy vizsgálatai még inkább azt erősítik meg, az új generáció az előző generációnál is hátrányosabb helyzetbe kerül a legtöbb esetben.³ Ez minden oldalról nagyon nagy gondokat vet fel, de különösen a szegénység és a bűnözés területe, s az összekapcsolódásuknak a problémája az, ami össztársadalmi és szociálpolitikai szinten a legnehezebb feladatnak látszik. "A bűnelkövetés családi keretek között megvalósuló társadalmi reprodukciója a legszegényebb rétegekben igen intenzív".⁴ Nem véletlenül a család szerepénél kerül ez szóba, hiszen ez a folyamat családi keretek között reprodukálódik, így az elsődleges prevenciónak a családot kell "megcélözni". A család "intézményét" erősíteni kell morálisan és anyagilag is. A szegénység elleni küzdelem lényeges pontokon összekapcsolható a családtámogatással, hiszen a kardinális kérdések összefüggnek: például a lakáshozjutás lehetősége, sokgyermekes családok relatív elszegényedése, stb. Természetesen sok más kérdésben is támogatni kell a családokat, főként olyan szolgáltatásokkal lenne szükséges, amelyek a gyermeknevelésben, a gyerekek szocializációjában nyújtanak segítséget a szülőknek. Példaként gondoljunk arra, hogy ma egy átlagos anyagiakkal rendelkező négy tagú családnak is nagy áldozatot jelent egy nyári üdülés. Egy hátrányos helyzetű családnak, ha ebben nekik nem segít senki, akkor elérhetetlen az üdülés. Pedig ez egy olyan ráfordítás lenne, ami a családot anyagilag és erkölcsileg is segíti, a családi kötelekeket erősítheti, a gyerekek nevelésében is pozitív "adalék". A szociálpolitikának ilyen és ehhez hasonló családtámogatásokat is fel kellene vállalnia ahhoz, hogy a család minél inkább betölthesse a funkcióját, mert a deviancia reprodukciója a család szerepének kihagyásával nem lesz visszaszorítható.

A deviancia jelentkezése és kezelése másodlagos csoportokban

"Megfigyelhető egy olyan tendencia, hogy az anómia nemcsak a társadalom integrálatlanabb régióiban fordul elő, hanem a társadalmi intézményeken belül is."⁵ *Rácz József* ezen megállapítása érvényes azokra az intézményekre is, ahol közvetlen módon lehetne gyakorolni a prevenciót, de erre nagyon kevés esély van a környezet közönyössége miatt. Nem hiszem, hogy bárki vissza akarná sírni a régi munkahelyi brigádmozgalmakat, az erőltetett iskolai KISZ rendezvényeket, mert helyettük normálisabb, működőbb, életképebb, humánusabb közösséget formáló kezdeményezésekre lenne

² GÖNCZÖL K.: i.m. (KJK. Bp. 1991.) 169.o.

³ GÖNCZÖL K.: i.m. (KJK. Bp. 1991.)

⁴ GÖNCZÖL K.: i.m. (KJK. Bp. 1991.) 161.o.

⁵ RÁ CZ J. dr.: A drogfüggőség magatartás (Medicina, Bp. 1988) 99.o.

szükség, de helyettük leginkább nem teremtődött semmi. Az emberek között közösségeken belül, jól-rosszul kialakulhatott régebben egy "jelzőrendszer", hogy a veszélyhelyzeteket vagy a kríziseket megelőző segítségére állhassanak. Manapság ez leginkább azért nem működik, mert az emberek egy csoporton-közösségen belüli társaiknak sem mondják el problémájukat, nem "jeleznek", hiszen a probléma = tökéletlenség (nem tökéletes munkaerő pl.), hátrányosság, sebezhetőség, gyengeség, stb. A bizalmatlanság mellett még ott van az is, hogy a "magánügy" mindenki joga és ez a jog sérthetetlen, de leginkább egy fallá vált az emberek között, ami egyrészt véd attól, hogy mások beleszóljanak a dolgainkba, de másrészt megkímél attól is, hogy másokra kelljen energiát pazarolni. Mindenképpen szemléletmód-váltásra lenne szükség, hogy a társadalmi integráció működőképesebbé válhasson. Ebben az attitűd-váltásban nagy szerepe lehet a civil szférának. A civil kezdeményezések támogatásával elérhető, hogy helyileg az igényekhez mérten adekvát szolgáltatások alakuljanak ki, illetve egyfajta példát is mutat, hogy a saját környezetünket mi magunk is képesek vagyunk változtatni, hogy a humán erőforrások sok esetben többet érnek, mint az anyagiak. A mentálhigiénés adottságainkat és a toleranciánkat felülről nem lehet „fejleszteni”, csak az interperszonális interakciókban fejlődőképeseink. Ezért fontos a „frontvonal”, s ebben a civil szféra. Másrészt a krízis megoldásához, a menekülés és a feladás helyetti megküzdésben segít, ha az egyénnek jó a társas támogató rendszere, azaz jól működik a családja, a baráti és munkahelyi környezete.⁶ A deviáns magatartások csökkenéséhez a családi kapcsolatok mellett a közösségi életen keresztül vezet az út.

A segítő intézmények

Társadalmi *szolgáltatások és hálózatok*: - oktatás, egészségügy, lakásellátás és a személyes szociális szolgálatok.⁷ Mindegyik terület nagyon fontos a prevenció szempontjából nézve is.

Gödöny József a prevencióról a következőket írta, ami általánosan igaz, „hogy a hatékony megelőzés érdekében nem néhány megelőzési intézkedés szükséges, hanem egy egész rendszer kiépítése, amelyben a különböző elemek, megelőzési területek szervesen kapcsolódnak egymáshoz, s egységes egészet alkotnak.”⁸ Egyelőre még erről nem beszélhetünk, viszont az igényéről továbbra is. Az intézmények és a szakemberek erőfeszítései azonban lassan érnek be, ha nincs jól megvalósítható szociálpolitikánk. A rendszerváltozás óta a társadalmi folyamatok nem mindig alakultak kedvezően, amit nem minden területen tudtak makroszinten kezelni, leginkább „tűzoltás” történik.

Az együttműködésre talán a legjobb példa a gyermekjóléti szolgálat és a családsegítő szolgálatok kapcsolata. A családot, mint „működő egységet” így jobban lehet segíteni, támogatni, s bizonyos deviáns magatartások jelentkezése esetén némi beavatkozási lehetőség is biztosított.

Fejlődés történt a mentálhigiénés szolgáltatások területén is, hiszen egyre több ilyen szolgáltatás van jelen, s a civil szféra leginkább ennek a területnek a munkájából veszi ki a részét. „Azok az intézményhálózatok, amelyek a lelki problémákkal küszködő, bajbajutott embereknek próbálnak segítséget nyújtani, tehát a mentálhigiénés ellátásban részt vállaló intézmények kiterjesztése - úgy, hogy a hátrányos helyzetű rétegek tagjai is hozzá tudjanak jutni -, hozzásegíthetnek a hátrányos helyzet egyik lényeges összetevőjének a mérsékléséhez, s ezáltal a deviáns magatartások mérsékléséhez is.”⁹

A szociális segítségnyújtás területén azonban vannak még olyan tendenciák, amelyek a deviáns magatartás kezelésénél sok kívánni valót hagynak maguk után.

A hivatali álláspont szerint nem a rászorultság, hanem az "érdemesség" az elsődleges szempont, aki viszont deviáns, az nem érdemel igazán támogatást. A deviáns környezetben élő személy viszont általában felismeri ezt a megbélyegző, elutasító reakciót, ezért nem kér segítséget, fél az elutasítás okozta újabb stigmától. Ha a családból mégis kér valaki támogatást, az rendszerint a nő, akinek

⁶ BUDA B. dr. - FÜREDI J. dr.: Az öngyilkosság pszichés háttere - Esettanulmányok (Medicina, Bp. 1987)

⁷ FERGE ZS.: A társadalmi újratermelés és társadalompolitika (KJK. Bp. 1982.)

⁸ GÖDÖNY J.: A bűnözés megelőzése, IN: A deviancia szociológiája - Szöveggyűjtemény Szerk.: Gönczöl Katalin, Kerecsi Klára (A Szociális Szakképzés Könyvtára sorozat, Bp. 1996) 137.o.

⁹ ANDORKA R.: Bevezetés a szociológiába (Aula, Bp. 1992.) 122.o.

nagyobb esélye is van a meghallgatásra, mint a férfinak.¹⁰ Erre a „stigmatizálásra” is utalhattam volna akkor, mikor a deviáns családokban felnövekvő gyerekek halmozottan hátrányos helyzetéről írtam. Hasonló módon vetül fel ez a probléma R. A. Cloward - F. F. Piven tanulmányában: „... a feltételekhez kötött juttatási rendszerből adódó diszkrecionális lehetőség óriási hatalom a szegények felett. A közsegélyből élők - igencsak szerény - megélhetése ettől függ.”¹¹

Befejezés

A deviáns magatartások előfordulásának csökkentése nem egy-egy társadalmi csoportnak vagy az ezt felvállaló szakmának az „ügye”, hanem össztársadalmi érdek. Ennek a felelőssége makro- és mikro szinten is jelen van, a kérdés, hogy ez mennyire tudatosult, tud-e, képes-e a társadalmunk olyan attitűdök kialakítására, amelyek a deviancia ellen ható normákat és értékeket erősíti.

A szakemberek szerepe nemcsak a gondozás, a segítségnyújtás és a támogatás, hanem az is, hogy ezt tudásukkal, hozzáállásukkal minél hatékonyabban elősegítsék.

Debrecen, 1999. január 8.

Rénes László

IRODALOMJEGYZÉK

- A deviancia szociológiája** - Szöveggyűjtemény, Szerk.: Gönczöl Katalin - Kerezsi Klára (A Szociális Szakképzés Könyvtára sorozat, Bp. 1996)
- Andorka Rudolf: Bevezetés a szociológiába** (Aula, Bp. 1992)
- Andorka Rudolf: A deviáns viselkedés szociológiája** (Gondolat, Bp. 1974)
- Bakó Tihamér: Titkok nélkül, Lélektani vizsgálódások az öngyilkosságról** (Cserépfalvi, Bp. 1992)
- Béres Csaba dr.: Bevezetés a szociológiába** - egyetemi jegyzet (kézirat) (Db. 1997)
- Buda Béla: Az öngyilkosság** - orvosi és társadalomtudományi tanulmányok (Animula, Bp. 1997)
- Buda Béla - Füredi János: Az öngyilkosság pszichés háttere** - Esettanulmányok (Medicina, Bp. 1987)
- Durkheim, Émile: Az öngyilkosság** (KJK. Bp. 1982)
- Gönczöl Katalin: Bűnös szegények** (KJK. Bp. 1991)
- Kopp Mária - Szedmák Sándor: Az öngyilkossági magatartás pszichoszociális háttértényezői a magyar lakosság körében** (Végeken, 1997. IV.)
- Merton, Robert K.: Társadalomelmélet és társadalmi struktúra** (Gondolat, Bp. 1980)
- Rác József: A drogfogyasztó magatartás** (Medicina, Bp. 1988)
- Rác József: A '80-as évek ifjúsági szubkultúrái Magyarországon** (Valóság, 1990. XI.)
- Rác József: Ifjúsági szubkultúrák és fiatalkori devianciák** (Animula, Bp. 1989)
- Riesman, David: A magányos tömeg** (KJK. Bp. 1973)
- Temesváry Beáta: Szuicidológia - Krízisintervenció** (oktatási segédanyag) (Szeged, 1995)
- Zonda Tamás: Öngyilkos nép-e a magyar?** (Végeken, Bp. 1995)

¹⁰ GÖNCZÖL K.: i.m. (KJK. Bp. 1991.) 173.o.

¹¹ CLOWARD, R.A. - PIVEN, F.F.: A szakkükráciák - a juttatási rendszerek mint befolyásrendszerek. IN: A jóléti állam - szerk.: Lévai K. - Ferge Zs. (KJK. Bp. 1991.) 177.o.

Szakmai előadások

Az öngyilkosság megelőzésének lehetőségei c. tudományos ülés előadásai

(Debreceni Református Kollégium, 2001. május 25.)

**AZ ÖNGYILKOSSÁGMEGELŐZÉS TERÉN VÉGZETT MUNKA AZ
ELMÚLT 30 ÉVBEN DEBRECENBEN**

Dr. Kálmánchey Albert

1969. decemberében hazánkban az I. számú belklinikán a második intenzív osztályt megszervezésére került sor. Ez lehetőséget adott az öngyilkosságot megkíséreltek jobb ellátására. Egy év múlva 1970. december 1.-én az országban elsőként a Városi Pszichiátriai Gondozó Intézetben Dr. Szabó Pál indította útjára a Lelkisegély Telefonszolgálatot. Párhuzamosan megkezdte az öngyilkosságot megkíséreltek felkutatását, felkeresését és gondozásba vételét. Erről előadásokban számolt be és tapasztalatai, javaslatai írásos formában is megjelentek. Ezekben az években vette fel az IFOTES tagjai közé a debreceni szolgálatot. Az 1980-as évek elején a megyei kórház igazgatója Dr. Pinczés László krízisintervenciós osztály létrehozásába fogott, de valószínűleg a szakemberek részéről megnyilvánuló koncepcionális eltérések megakadályozták a megvalósítását.

A hagyományok alapján a Gondozó Intézetben tovább folyt a tentámenesek fogadása és kezelése. A romló morbiditási és mortalitási adatok hatására a figyelem aztán az 1990-es évek elején újra fokozottan erre a populációra irányult. A statisztikai adatok azt mutatták, hogy 1985-1988 között Debrecenben évente átlagosan 42 személy halt meg, 300 pedig öngyilkosságot kísérelt meg. Az első 6 legrosszabb statisztikájú megyét összehasonlítva, az 1990-es évek elején Nyugat-Magyarországhoz képest Kelet-Magyarországon mintegy 800-zal többen haltak meg és mintegy 6 ezerrel többen kíséreltek meg öngyilkosságot. 1993-ban bekapcsolódva a Megyei ÁNTSZ és a Mentálhigiénés Programiroda pályázataiba, 3 éven keresztül tartottunk a szuicidiummal összefüggő előadásokat az egészségügyben dolgozóknak, közöttük több mint 300 családi orvosnak. 1993-tól lehetővé vált, hogy Gondozó Intézetünk munkacsoportot szervezve, Debrecenben minden öngyilkosságot megkísérelt személyről tudomást szerezzon és kapcsolatba lépjen velük. Közel 3 év alatt, míg a programot folytatni tudtuk, 632 kísérletező adatai jutottak el hozzánk, közülük 540-el találkoztunk, 334-ről pedig előadásokban és közleményekben számolhattunk be. Megállapítottuk, mint ahogy Zonda Tamás és más szerző is, hogy az alkoholizálásnak, a különböző szomatikus betegségeknek és szorongásos zavaroknak az előfordulása számottevő, a szerepük pedig jelentős a cselekményekben. Fontos felismerés volt számunkra, hogy az ún. nagy pszichiátriai betegségekben szenvedők teherként élik meg önmagukat, sérülékenyek, a feleslegességérzés pedig nagyon erős bennük. Ez gondozásuk szükségességére és alaposságára hívta fel a figyelmünket. 1997-ben 100 betegről 1 éves, 2000 második felében pedig ugyanezekről 5 éves utánvizsgálatot végeztünk. Ezekről e folyóiratban is olvashatók (...).

A tarthatatlan statisztikai helyzet iránti éberség fenntartása volt mindig szemünk előtt. Több rendezvényen is hangsúlyoztuk a tennivalókat, így 1997-ben a Mentálhigiénés Programiroda

rendezvényén, 1998-ban az Egészségügyi Bizottság parlamenti nyílt napján. Lelkisegély Telefonszolgálatunknak 1995-ben a 25, 2000-ben pedig a 30 éves jubileumát ünnepeltük meg. Ugyanebben az évben a paraszucidium ellátásának helyi fejlesztéséről, a Gondozó Intézet és a Lelkisegély Telefonszolgálat szoros együttműködésén alapuló állandóan elérhető járóbeteg krízisintervenció centrum létrehozásáról az egészségügyi vezetés számára tanulmányt és javaslatot készítettem. Úgy véljük, elhelyezési gondok és törvényi értelmezések hátráltatják ebben a továbblépést.

Jelenleg a prevenciónak és az utógondozásnak több formája van kirajzolódóban: a kórházi, a szociális- és családgügyi, a gondozóintézeti, a szakrendelési és szakambulanciai és a speciális prevenció központokéi a lelkisegély telefonszolgálatokkal.

Az öngyilkossági mutatók nem jeleznek kedvező irányú változást. 1995 és 1999 között Hajdú-Bihar megyében, benne Debrecennel 219-ről 284-re emelkedett a meghaltak száma, a kísérletet tevőké pedig 6-8-szor lehet több és sok közöttük az ismétlő.

A primer prevenció alapvető fontossága mellett döntő lenne a megismételt öngyilkossági kísérletek számának jelentős csökkenését célul kitűző programok elindítása. A további lépésekre, az ezeket átfogó rendszerbe integráló, gyakorlati munka feltételeinek megteremtésére tehát égetően szükség van.

Az öngyilkossági cselekmények szempontjából *magas fokozatú kockázati csoportok* (személyek) ismeretesek. Idetartoznak a szkizofréniában, az affektív és szenvedélybetegségekben szenvedők, különösen ha már megkíséreltek öngyilkosságot, ha sokszor visszaestek, ha állapotuk a kezelés alatt rosszabbodik, ha körülményeik kedvezőtlenek és ha önpusztító gondolataik vannak.

Bizonyos demográfiai helyzetű egyéneknél, valamint rendkívüli és igen durva életesemények után, familiáris diszpozíció esetén, kulturális hatásokra megnő a tentámenek száma. Irodalmi adatok szerint az öngyilkossági események gyakoribbak az elváltaknál (mégpedig mind a két neműeknél), az özvegy férfiaknál, a fiatal vagy házas nőknél és középkorú férfiaknál.

A megismétlésre több fokozott kockázati tényező ismeretes: az egyedülmaradás, a magány, az alkohol- és drogabúzus, súlyos fizikális erőszak, pszichiátriai zavarok és betegségek, korábbi öngyilkossági kísérletek, krónikus álmatlanság és a munkanélküliség. Ez utóbbiban, de a többiben is, nagyon fontos a szuicidalitás erejét *felbecsülni*, amely nagy lehet, ha a személy a tettek izoláltan, a beavatkozás lehetőségét kizárta, előre megfontoltan és előkészítve, feljegyzést hagyva, másokkal közölve viszi végbe.

A prevenció, bármennyi tudás és tapasztalat is gyűlt már eddig össze, a gyakorlatban mégsem könnyű. A sok-sok szuicidális esemény olyannak tűnik a számomra, mint a tolvaj, a tolvajlás: érzed, sejtet, tudod is, s mégis mire a nyomába erednél, már elkéstél, megtörténik, s ha nem nálad, s nem akkor, majd megtörténik másnál, máskor. A pesszimizmusnak, a meghátrálásnak azért még sincs helye: "folyvást küszködni kell", kellene, mind az első vonalban (primer prevenció), mind a másodikban (szekunder prevenció).

A rizikótényezők ismerete segíti a nem kívánatos események bekövetkeztének megőslését. Mennél többet tudnánk megőslni, annál többet tudnánk megakadályozni.

Némely ország (angol, norvég, finn) már kidolgozott az *általános populációra* nézve öngyilkosság-megelőző stratégiát. Lényege, a lakosság mozgósítása, érzékenyítése, a legszélesebb körben tudatosított legalapvetőbb interveniálási készség kialakítása, összefogva a laikus és szakirányú szervezetekkel.

Iskolai megelőző programok is készültek, mert az iskolai környezet nagyon alkalmas a fokozott kockázatúak felismeréséhez és kezeléséhez. Legalkalmasabbnak tűnik a szülők és a pedagógusok felkészítése, a tanulóra szabott egyéni intervenció, a folyamatos és tapintatos szűrés és a fiataloknak a pszichoterápiás kezelésre való felkészítésének diszkrét biztosítása és követése.

Nagy szükség van a társadalom *önkéntes szervezeteire* is, az egyházakra, a humán szolgáltatókra, a telefon segélyszolgálatokra, stb. Az alternatív segítők biztos elvi és gyakorlati alapokon a határok betartásával, világos szerep- és feladatismerettel, együttműködési készséggel, a kölcsönös bizalom révén az információkat megosztva kitűnő segítői lehetnek a prevenció célkitűzéseinek.

Fontos feladatunk lenne a *médiára* szak- és célszerű hatást gyakorolni. Tudat- és viselkedésformáló erejük igen nagy.

Az egészségügyi ellátás vonalán a prevenció már az alapellátásban, a családorvoslásban is megkezdődhet. Vizsgálatok bizonyítják, hogy a páciensek fele cselekedetük előtt megjelenik kezelőorvosuknál, de csak egyötödük mutat hajlandóságot arra, hogy közvetlenül is előhozakodjon önpusztító érzéseivel. Az öngyilkossági készség megértéséhez komplex modellel való dolgozásra lenne a kollégáknak szüksége. Rendkívüli jelentősége van a beteg teljes személyiségének, életminőségének, életkörülményeiben bekövetkezett legkisebb változásoknak, a kommunikáció meta síkjainak alapos ismeretére. Nagy jelentősége van a kapcsolatfelvétel módjának, a teljes elfogadásnak, az éberségnek és gyanú esetén a környezete tagjaival való kapcsolatba lépésnek.

Az öngyilkosságot megkísérlőknek a *beszállítás utáni* sorsa, kezelése és számontartása, gondozása is sorsdöntő lehet. Ezen a kezelési vonalon még számos buktató, lyuk található, amelyen kiesik, kicsúszik a páciens, "a beteg". Az öngyilkossági cselekedetek mögött, előtt ott vannak a kommunikációk hibái, az interperszonális eltolódások. Az ilyenekre tehát a bekerült beteg már szentitizálódva van, gyakorlata van az eredménytelenségben, a feleslegességérzésben és a legkisebb "hibát" is kihasználja a leterhelt vagy kellően fel nem készített osztályos légkörben, tagadva vagy megfogadva mindent, az "emelt fővel" való távozásra. Éppen ezért a sürgősségi, majd a pszichiátriai osztályokra kerülő és kezelést kapó betegek a fokozott kockázatúak közé tartoznak és különösen gondos felügyeletre szorulnak. Ez vonatkozik a nem kimondottan pszichiátriai megbetegedésekkel összefüggést mutató öngyilkosságot megkíséreltekre is. Irodalmi adatok ugyanis arra hívják fel a figyelmet, hogy a betegek egyötöde az osztályon, kétharmada a hazabocsátás után még képes újabb tettet elkövetni. Mindezek átgondolt stratégiát kívánnak meg a pszichiátriai osztályoktól (optimális kezelési idő, megfelelő személyzeti feltételek, pontos kockázatbecslés, stb.). Az öngyilkosságot megkíséreltek akut ellátásában és közvetlenül az ezutáni intervenciókban a további gondozásra nézve – jogával élve - számos lehetőség adódik a páciens számára a további együttműködéstől való elzárkózásra.

Szükség lenne, ahol erre a feltételek adottak, krízisintervenciós *járóbeteg központok* létrehozására, ahol az önpusztító eseményhez vezető valamennyi ok, indíték át- vagy megbeszélésre kerülne, s ahol az aktuálisan fennálló panaszok vagy a meglévő betegségek kivizsgálata elindulna, s hogy a páciens a megfelelő kezekbe, kezelési helyekre elkerüljön. Ezen központok lényeges vonása, hogy összekapcsolódva a non-stop lelkeségély telefonszolgálatokkal az állandó elérhetőséget és hozzáférhetőséget biztosítanak.

A fent vázoltak szem előtt tartásával Debrecenben folytatni kívánjuk az eddigi munkát. Az erre vonatkozó készségek megvannak és a hagyomány is kötelez.

Irodalom

1. Antoon A. Leenaars, Susanne Wenckstern: Suicide Prevention in Schools: The Art, the Issues, and teh Pitfalls. Crisis. Volume 20. 1999. 3.
2. Armin Schmidtke and Sylvia Schaller: Rhe Role of Mass Media in Suicide Prevention. In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Edited by Keith Hawton and Kees van Heeringen. Wiley. England 2000.
3. Bagi Ildikó: Az öngyilkosságot megkísérelt személyekkel kapcsolatos történések alakulása tettük után egy évvel. Szenvedélybetegségek. VII. évf. 1999. 2.
4. Buda Béla: Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Budapest, 1997.

5. David Kingdom, Rachel Jenkins: A nemzet egészsége. Az öngyilkosság megelőzése Angliában.
In: Szenvedélybetegségek. VIII. évf. 2000. 1.
6. David Shaffer and Madelyn Gould: Suicide Prevention in Schools.
(lásd az 1. szerző alatt megnevezett kézikönyvet. 645.o.)
7. Isaac Sakinofsky: Repetition of Suicidal Behaviour.
(lásd kézikönyv 385.o.)
8. Kálmánchey Albert: Kik és milyen okokból kíséreltek meg öngyilkosságot Debrecenben? 1993-1995 közötti megfigyelések.
Szenvedélybetegségek. VII. évf. 1999. 2.
9. Konrad Michel: Suicide Prevention and Primary Care.
(lásd kézikönyv 661.o.)
10. Louis Appleby: Prevention of Suicide in Psychiatric Patiens.
(lásd kézikönyv 617.o.)
11. Maila Uganne, Helena Arinpera: A finn nemzeti öngyilkosság megelőzési projekt végrehajtása. Kezdeti tapasztalatok.
In: Szenvedélybetegségek IV. évf. 1996. 4.
12. Nils Retterstol: Öngyilkosságmegelőző nemzeti szervezet Norvégiában.
In: Szenvedélybetegségek. VIII. évf. 2000. 1.
13. Rachel Jenkins and Bruce Singh: General Population Strategies of Suicide Prevention.
(lásd kézikönyv 597.o.)
14. Robert D. Goldney: Prediction of Suicide and Attempted Suicide.
(lásd kézikönyv 585.o.)
15. Szabó Pál: Az öngyilkosságok megelőzésének lehetőségei Debrecenben.
Hajdú megyei Lapkiadó Vállalat kiadványa. Debrecen 1979.
16. Vanda Scott and Simon Armson: Volunteers and Suicide Prevention.
(lásd kézikönyv 699.o.)
17. Vargáné Hajdú Piroska, Belicza Éva, Boján Ferenc: A lakosság halandósági helyzetének elemzése Hajdú-Bihar megyében és Debrecenben (1985-1988).
Debrecen. DOTE Társadalomorvosi Intézet. 1990.
18. Zonda Tamás dr.: A follow-up vizsgálatok jelentősége a szuicidológiában
PH. 1988. 1.



Bagi Ildikó - Dr. Kálmánchey Albert:
Az öt évvel ezelőtti öngyilkosságot megkíséreltek
utánvizsgálatainak tapasztalatairól

Számos kérdést tehetünk fel a tentámenesekkel való foglalkozás kapcsán. Szükség van-e a gondozásukra, ha ennek hatékonysága nehezen bizonyítható? Mi motiválja, táplálja azon kevés számú emberek készítését, hogy utánuk menjenek és bevonódva zavaros, zűrös, nehéz viszonyaikba, gondolatvilágukba, valamelyest segítségükre legyenek.

Aki sokat vagy néhány fontos dolgot meg akar tudni életről, sorsról, a halálvágy különös és talán érthetetlen impulzusairól, az menjen el hozzájuk, nyissa meg a szívüket.

Utánvizsgálatokra szakmai szempontból is szükség van. Demográfiai helyzetük, sorsuk alakulásának megismerése mellett ugyanakkor feltárhatóak lesznek gondjaik-örömeik, érzéseik-gondolataik, megoldott vagy megoldatlan konfliktusai. A kapcsolatfelvétel intervencióra is lehetőséget ad, sor kerülhet számos hibás gondolkozás, attitűd megbeszélésére. Oldani lehet a kirekesztettség, a stigma bénító hatásait is. Az elérhetőség mértékének növelése döntő lehet a munkában. Hazánkban az első follow-up vizsgálat Zonda Tamás nevéhez fűződik, akinek a személyek 99%-át sikerült elérnie és tőlük sok-sok fontos információhoz jutnia. Egyik fontos felismerése, hogy az öngyilkosságot megkísérelteknek egy helyben történő ellátása lenne célszerű, kerülve a másodkézbe adást (5).

Stephen Curran ír szerző 1999-ben a gondozhatóság világszerte megmutatkozó csekély arányairól számol be és több kutatóra hivatkozik, akikre mi is név szerint szeretnénk utalni (4):

Lönnqvist finn kutató szerint (1975) a 8 év múlva megnézett 100 paraszucidiumosnak 1/3-a elköltözött, a maradék 2/3-a pedig elzárkózott az együttműködés elől.

Rygnestad svéd szuicidológus 1988-ban 5 éves utánvizsgálatot végzett levélbeni behívás útján 253 embernél. 50%-uk válaszolt, többnyire nők, s ezeknek több mint felük működött aztán együtt.

Kelleher ír kutató (1994) 245 embert vizsgált volna meg 8-10 év múlva, de csak 99 működött együtt.

Hawton és munkatársai is (Anglia) már 1988-ban jelezték a nehézséget, és hangsúlyozták mennyire fontos a mielőbbi közvetlen interakció és intervenció a további kapcsolatban maradáshoz, az ismétlési arányok csökkenéséhez.

Realitás-e még napjainkban az öngyilkosságot megkíséreltek gondozása? Debrecenben megpróbáltunk erre a magunk szűkös feltételei között választ keresni. A mi tapasztalataink kedvezőek. Ezekről szeretnénk az alábbiakban beszámolni.

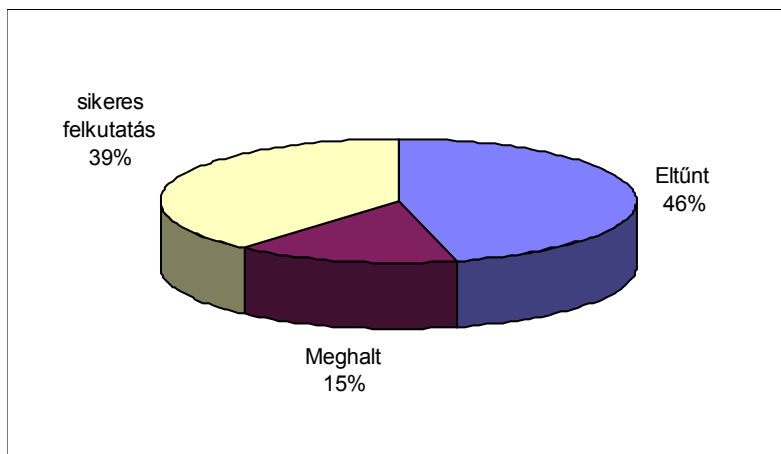
Az 1993-1995 közötti években otthonaikban kerestünk fel 540 embert az öngyilkossági kísérletük után néhány héten belül (3).

1996-ban egy 1 éves utógondozói látogatásra került sor, 100 véletlenszerűen kiválasztott tentámenesnél (1).

Évek múlva, mialatt a gondozási munka teljesen szünetelt, úgy véltük, érdemes lenne felkeresni azt a 100 tentámenest, akiket 5 évvel ezelőtt már láttunk: mi lett velük, romlott vagy javult-e helyzetük, sorsuk, volt-e újabb öngyilkossági cselekményük, milyen változás történt velük. Halványan az a remény is motivált bennünket erre, hogy az 5 évvel ezelőtti látogatásunknak pozitív nyomaira fogunk bukkanni.

Tapasztalatainkat az alábbiakban ismertetjük:

Az 1. ábra felkutatásunk eredményességét mutatja be.



1. ábra

I.

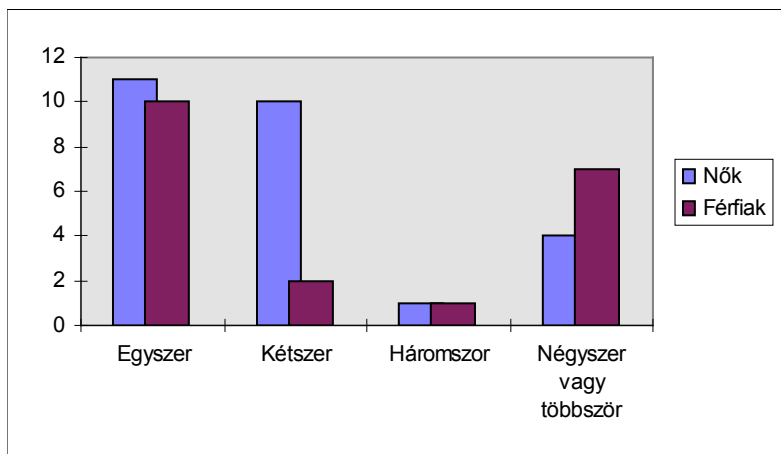
Látható, hogy *46 személlyel nem találkoztunk*, ugyanis az általunk korábban ismert lakcímen már nem tartózkodtak, viszont sikerült róluk néhány információhoz jutnunk, amelyet az 1. táblázat mutat be. Ennél többet tehát nem tudunk. Kik lehetnek ők, és az akkori ismereteink és feljegyzéseink birtokában vajon hordoznak-e újabb krízisre, vagy öngyilkossági cselekményre vonatkozó valamilyen szintű kockázatot?

Ismeretlen helyre költözött	33
Külterületen lakik, gondozóba járt, behívásra nem reagált	4
vidékre költözött	4
elváltak, utána ismeretlen helyre költözött	3
Budapesten munkásszállón él	1
lebontották a házat	1

1. táblázat

Visszakerestük tehát, hogy 5 évvel ezelőtt milyen problémákkal küzdöttek, hogy álltak ezekhez hozzá, hányan követtek el többször is öngyilkossági kísérletet. 26 nőről és 20 férfiról van tehát szó, átlagéletkoruk jelenleg 46, illetve 46,5 év.

Az öngyilkossági kísérleteik száma a 2. ábrán látható:

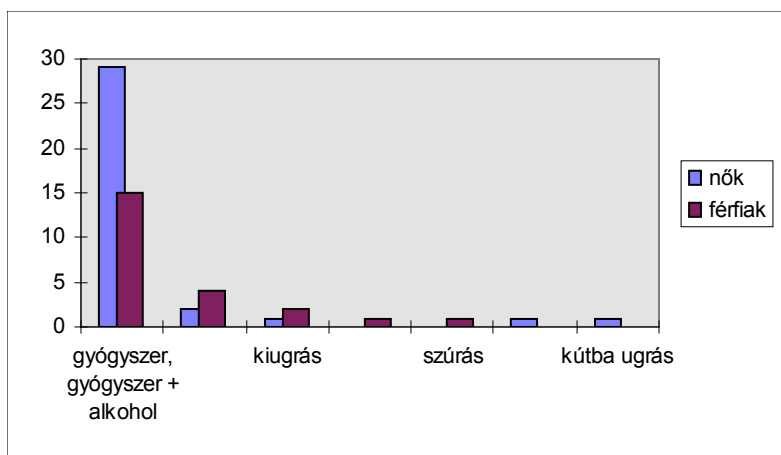


2. ábra

A nők közül 11-en egyszer, 10-en kétszer, 1 nő háromszor, 4-en pedig négyszer, vagy többször kíséreltek meg öngyilkosságot: 15-en tehát ismételők voltak (58%).

A férfiak közül 10-en egyszer, ketten kétszer, 1 ember háromszor, 7-en négyszer, vagy ennél is többször kíséreltek meg öngyilkosságot: közülük tehát 10-en voltak ismétlők (50%).

Elkövetési módok:



3. ábra

Az elkövetési módokat illetően **nőknél** gyógyszerrel 25 esetben, gyógyszer alkohollal 2 esetben, vágás 2 esetben, kiugrás, hypó ivás, kútba ugrás 1-1 esetben történt.

Az elkövetési módokat illetően **férfiaknál** gyógyszerrel 11-en, gyógyszer alkohollal 4 esetben, vágás 4 esetben, kiugrás 2 esetben, akasztás, szúrás 1-1 esetben történt.

Az ismételt szuicid tentámeneseknél módszerváltoztatások is előfordultak.

Az elkövetés háttere:

A **nőknél** az öngyilkossági kísérlet a férjük alkoholizálásával függött össze, s a leggyakoribb kiváltók (25 esetben) az ezzel járó szeretetlenség, durvaság, társtalanság érzése volt.

A **férfiaknál** a saját alkoholizálás volt a leggyakoribb probléma (15 esetben).

Ezen kívül jelentős volt a párkapcsolati probléma, az egzisztenciális gond. A megnevezett problémák között a magány, a feleslegesség érzése, a betegségtől való félelem, az önvád, a gyászreakció, a kiszolgáltatottság, és a testi fogyatékoság szerepeltek még.

Nagyon sokan bérházban éltek, aminek a rezsiköltségét nem tudták fizetni, így olcsóbb lakhatás után kellett nézniük (külsőség, vidék). Van aki még mindig fizeti a hátralékát.

Sokan voltak önkényes lakásfoglalók (belvárosban élő peremhelyzetűek), akikre jellemző a fluktuáció, a vándorlás.

Megítélésünk szerint nagyon fontos lett volna, hogy ezeket az embereket meglátogassuk, hisz nagyon veszélyeztetettek újabb öngyilkossági kísérletre.

Az, hogy mi lett a sorsuk, szükségük lett volna-e segítségre, vagy hogy történt-e szuicidium közöttük, nem tudhattuk meg.

II.

15-en meghaltak, 9 nő és 6 férfi, de egyik ember sem önkéntesül. Halálukkor az átlagéletkor 65,1 év volt (nőknél 69 év, férfiaknál 59 év).

Haláluk okai a hozzátartozók szerint szív- és más belgyógyászati betegségek, egy embernek pedig agydaganata volt.

Közülük 9-en álltak pszichiátriai gondozás alatt: 3 alkoholizmus, 4 depresszió, 2 pedig különböző személyiségzavar miatt.

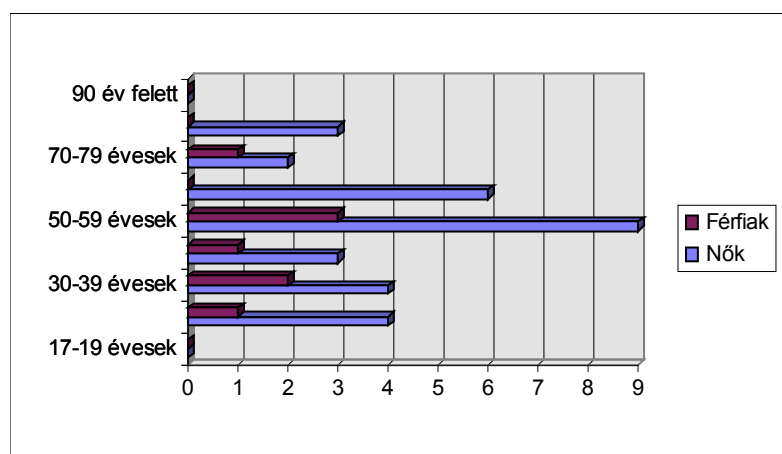
III.

39 embert viszont sikerült megtalálnunk, ebből 2 ember nem akart beszélni az 5 évvel ezelőtti tettéről, döntésüket tiszteletben tartottuk, közülük egy azonban pszichiátriai gondozóba jár.

A 39 emberből 31 nő és 8 férfi volt.

Jelenlegi átlagéletkoruk **nőknél** 52 év, **férfiaknál** 43 év volt.

Korcsoportonkénti megoszlásuk a 4. ábrán látható.



4. ábra

Kitűnik, hogy nőknél az 50-69 év közöttiek aránya nagyon magas, ők fokozottabb figyelmet érdemelnének. Férfiaknál az 50-59 év közötti korosztály a veszélyeztetett.

Öngyilkossági kísérletek számát a 2. táblázat mutatja be:

Kísérletek száma	1996-ig			1996-2001 között		
	Nők	Férfiak	Összesen	Nők	Férfiak	Összesen
Egyszer	17	3	20	1	-	1
Kétszer	10	2	12	2	2	4
Háromszor	-	-	-	-	-	-
Négyszer vagy többször	4	3	7	-	-	-

2. táblázat

Látható a 2. táblázatban, hogy 1996 és 2001 közötti időszakban 5 ember követett el újabb öngyilkossági kísérletet, egy nő egyszer, két nő és két férfi még kétszer-kétszer, mindannyian gyógyszerrel. Az egyik "kétszeres" nő súlyos depressziós beteg, állandó pszichiátriai segítség mellett 15 éven belül hatszor követett el öngyilkosságot. Táblázatunk 1996-os adatai 2000 végére, 2001 elejére tehát átrendeződik (lásd 3. táblázat): míg a megtaláltaknak korábban 49%-a volt ismétlő, addig 5 év múlva bár ez az arány nem emelkedett ugyan, de 7-ről 11-re nőtt a 3 vagy ennél többszöri kísérlők száma, vagyis a 20 ismétlőből a 7-ről 11-re emelkedik a 3 vagy ennél többször megkísérlők száma.

Kísérletek száma	2001-ig összesen		
	Nők	Férfiak	Összesen
Egyszer	16	3	19
Kétszer	9	-	9
Háromszor	2	2	4
Négyszer vagy többször	4	3	7

3. táblázat

Megkérdeztük, hogy mi volt a tetteikkel a céljuk. 9 személy úgy nyilatkozott, hogy ez a meghalás volt. Másik 9 most sem tudja, hogy akkor mi volt tetteivel a célja. 7-en a családjuk, a környezetük figyelmét szerették volna magukra irányítani. 4 ember úgy gondolta, hogy az öngyilkosság megszabadítja az aktuális problémáktól, de hogy az élettől is, ez nem ütött szeget a fejükbe. 4 személy nyugalomra vágyott, pihenni szeretett volna, további 4 pedig a társát szerette volna maga mellett tartani ezzel a "módszerrel".

Összehasonlítottuk, hogy mit mondtak 1996-ban és 2001-ben az 1995-ös öngyilkossági kísérletük mögött meghúzódó problémákról. Érdekes volt, hogy az akkori problémák megítélése 5 év távlatából változott (lásd a 4. táblázatot).

Míg 5 évvel ezelőtt legtöbbjüknek az alkohollal kapcsolatos probléma, párkapcsolati konfliktusok, egzisztenciális gond, különféle betegségek voltak a vezető okok, addig 2001-ben visszamenőlegesen a probléma megítélésben fő kiváltó okként a szerelmi csalódást, egzisztenciális gondot, magányt, felindultságot, betegséget, családi konfliktust, párkapcsolati problémát, és megmagyarázhatatlan kategóriákat neveztek meg. Mintha ejtették volna az alkoholizmussal összefüggésbe hozható érzelmi válságukat.

Megkérdeztük, hogy ha kaptak volna időben segítséget, elálltak volna e szándékukról. Erre a kérdésre 17-en igennel, hárman nemmel, 19-en bizonytalanul feleltek.

**Öngyilkossági motívumok
megítélésében történt változások**

1996-ban			2001-ben	
	Öngyilkossági motívumok	eset	Öngyilkossági motívumok	eset
1.	alkohollal kapcsolatos probléma (saját és társa alkoholizálása)	20	szerelmi csalódás	7
2.	párkapcsolati probléma	17	egzisztenciális gondok	4
			magány	4
3.	egzisztenciális gondok	14	felindultság	3
			betegség	3
			családi problémák	3
			párkapcsolati problémák	3
			megmagyarázhatatlan	3
4.	betegség	8	egyéb	9
5.	nevelési kudarc	7		
	magány, társtalanság	7		

4. táblázat

Családi helyzetük és sorsuk az öngyilkossági kísérletük után:

Megkérdeztük, hogyan alakult a sorsuk az öngyilkosság óta.

11 fő helyzete stagnáló, változatlan: ugyanabban a kapcsolatban élnek, ugyanott laknak, ugyanolyan problémákkal foglalkoznak, mint 5 évvel ezelőtt, de ezekkel a próbálnak együtt élni, és örülnek, hogy nem súlyosbodott a helyzetük.

14 főnél pozitív változás következett be: például új, sikeresebb házasság, válás a durva férjtől, elköltözött a problémás személy a családtól.

12 főnél viszont negatív változás következett be: például állapotrosszabbodás a betegségben, anyagi nehézségek, lakáskörülmények rosszabbodása, haláleset a családban stb.

Végeredményben tehát 23 személyt potenciálisan még veszélyeztetettnek lehet tartani amiatt, hogy erőforrásaik még nem tűnnek stabilnak.

Kérdeztük, hogy járnak-e rendszeresen orvoshoz, és milyen egészségügyi ellátást vesznek igénybe.

Erre a kérdésre 29-en igennel válaszoltak:

14-en pszichiáterhez,

15-en családorvoshoz (heten még különböző szakorvoshoz is) járnak.

10-en viszont nem járnak semmilyen orvoshoz.

Az öngyilkossági kísérlet elkövetésének körülményeiről 5 év után a következőket nyilatkozták:

28 személy úgy véli, hogy az öngyilkosságról az érintettek hirtelen, percek alatt döntenek.

7 ember megítélése szerint az öngyilkosság megkísérlését fontolgatás, tervezetés előzi meg.

Jelenlegi hozzáállásuk a történetekhez:

Utólag 30 ember megbánta tettét, 4 ember nem, 3 ember megítélése bizonytalan.

Megkérdeztük, hogy örülnek-e annak, jól végződött a történetük, hogy életben maradtak:

Utólag 33 ember örül, hogy jól végződött a sorsa, hogy nem halt meg, egy ember nem, három megítélése bizonytalan.

A 39 emberből 37 ember örült, hogy felkerestük őket otthonukban, hogy ebben a "rohanó" világban még érdekel valakit az ő sorsuk. Szívesen számoltak be életük alakulásáról, sokan egészen meghatódtak látogatásunktól. Rossz érzés nem maradt senkiben, hogy életük nem éppen kellemes emléke kapcsán kerestük meg őket. Csak két esetben tapasztaltunk elutasítást, az ő döntésüket tiszteletben tartjuk, s az egy kicsit megnyugtató, hogy az egyikük jár a pszichiátriai gondozóba.

Összefoglalva:

Az 5 évvel ezelőtti, 1996-ban meglátogatott tentámenesek utánvizsgálata során kiderült, hogy 46%-ukat nem találtuk meg. 15-en már elhunytak és csak hozzátartozóikkal beszélhettünk. 39-cel személyesen találkoztunk. Együttműködők voltak. Elutasítókkal nem találkoztunk, többen elcsodálóztak a törődésnek egy ilyen fokán.

A még mindig fokozott kockázatot jelentők aránya egy újabb szuicidium tentámenre becslésünk szerint akár 30-40%-ra is tehető. Crepet P. szerint a megkísérlők 20-40%-ának már volt korábbi kísérlete (2). Nálunk is hasonlóan rosszak az arányok.

Ez a tény is aláhúzza az utógondozás fontosságát. Az említett szerzők is hangsúlyozzák, hogy különösen azokra kell nagy figyelmet fordítani, akik már legalább egyszer megkísérelték az öngyilkosságot.

A bevezetőben említett kutatók népük magasnak ítélt öngyilkossági arányszámai miatt kísérelték meg az érintettek utógondozását. A mi arányszámaink viszont ténylegesen világszínvonalúan magasak. Minden utógondozási formára nagy szükség lenne. Ez nem más, mint folyamatos és állhatatos küzdelem az öngyilkossági magatartásformák csökkentése érdekében.

A legjobb formáira vajon meddig kell várnunk?

Irodalom

1. Bagi Ildikó: Az öngyilkosságot megkísérelt személyekkel kapcsolatos történések alakulása tettük után egy évvel.
Szenvedélybetegségek, 1999. 2. szám; 118-122. old.
2. Crepet P., Baratti M., et al: Öngyilkossági magatartás Olaszországban.
PH. V. évf. 1990. 4.
3. Kálmánchey Albert dr.: Kik és milyen okokból kíséreltek meg öngyilkosságot Debrecenben? 1993-1995 közötti megfigyelések
Szenvedélybetegségek, 1999. 2. szám; 92-107. old.
4. Stephen Curan, Michael Fitzgerald, Vincent T. Greene: Psychopatology 8 " Years Post Parasuicide.
Crisis. Vol. 20 No 3. 1999.
5. Zonda Tamás dr.: A follow-up vizsgálatok jelentősége a szuicidológiában
PH. 1988. 1.



A gyermek és serdülőkorúak öngyilkossági helyzetéről

Dr. Oláh Róza

*Kenézy Kórház Gyermekpszichiátriai osztálya
Debrecen*

A suicidium és a suicid viselkedés súlyos népegészségügyi probléma nemcsak Magyarországon. Létrejöttében pszichiátriai és pszichoszociális kockázati faktorok egyaránt szerepet játszanak. Megdöbbenéssel fogadunk minden olyan hírt, mely egy fiatal haláláról szól, melyet önmaga követett el.

Az öngyilkossági magatartásról két vonatkozásban szoktunk beszélni. Az egyik az öngyilkossági kísérlet, a másik a befejezett, a halállal végződő öngyilkosságok. 10 éves kor alatt igen ritka az öngyilkossági magatartás előfordulása. Serdülőkorban azonban megnő szuicid kísérletek száma és a halálokok között a 3. helyre kerül.

Szuicid kísérletek:

10-14 éves korúak között nem gyakori 1: 800 000

15-19 éves korúak között 40: 100 000

A szuicid kísérletek nemi megoszlása: lány: fiú arány 3: 1

A fiúk kevesebb kísérletet hajtanak végre, de több a halálos kimenetelű öngyilkosság.

A letális kimenetelű suicidium is igen ritka a 10 – 14 évesek között.

15-19 éves korúak között 8,5: 100 000 lakosra.

Az össznépeség 2,7-4% a befejezett öngyilkosságok száma. A kísérletek száma 8x-10x több. Az öngyilkossági kísérletek jelentőségét nem lehet alábecsülni, hiszen a befejezett öngyilkossági esetek elemzése során derült fény arra, hogy a tettet megelőzően 4%-uk 12 hónapot megelőzően, 8%-uk már kísérelt meg öngyilkosságot az életében

Prepubertás korúak és a fiatal serdülők védettek az öngyilkossági magatartással szemben a kognitív éretlenségük miatt. 7-9 éves kortól 13 életévig tart az a pszichés munka, melyben a gyermek elképzelést alakít ki a halálról az élet véglegességéről. Ebben az életkorban a véletlenül bevett gyógyszerektől történik intoxikáció, ebben a korban az öngyilkossági szándék mögött gyermekbántalmazás vagy súlyos pszichoszociális ártalom húzódhat meg.

Az öngyilkossági magatartás a serdülők 15-25%-át érinti: letális kimenetel, öngyilkossági kísérlet, vagy az öngyilkosságra való rágondolás formájában.

Az öngyilkossági kísérletekről pontos, de még tájékozódási adataink, sincsenek, 1970 óta nincs bejelentési kötelezettség az öngyilkossági kísérletekről.

A belgyógyászati, sebészeti, vagy néha fül-orr-gégszeti osztályokról konzíliumba, ideggondozóba irányított betegeknek csak töredéke jut el a szakemberhez: Nagyon sok öngyilkossági kísérlet rejtve marad:

- Részben, azért mert az aktuális probléma megoldódott a gyermek cselekedetére fátylat borít a család,
- részben szégyen és megítéltetés az öngyilkossági cselekedet beszélni róla, a problémát tisztázni és megoldani annak árán, hogy ideggondozott stigmát kap a gyermek, nem akarják a családok,
- ha személyiségzavarhoz társuló suicidiumról van szó és a társadalmi normák szabályok más pontjaival is, ütközik az ifjú, úgy a környezet törekszik a szaksegítség igénybevételére – s ezzel önön felelősségét igyekszik áthárítani az egészségügyre,
- nagyon sok öngyilkossági kísérlet rejtve marad.

A halállal végződő öngyilkosságok számáról megbízható adataink vannak, de okainak tisztázása rendkívül nehéz. Sok esetben búcsúlevél sem árulkodik az okokról. A hozzátartozók sem tudnak, vagy nem akarnak felvilágosítással szolgálni. Külső szemlélőnek úgy tűnik, értelmetlen halállal van dolga.

Az öngyilkossági magatartás háttér okait a kísérletek során van mód elemezni. Különböző tanulmányok 10-12 oki tényezőről tesznek említést.

Az öngyilkosság, az emberi cselekvés e sajátos formájának megítélésében különböző szempontok és vélekedések vegyülnek egymással.

Míg a társadalmi szférákban az okok megítélése többé-kevésbé jól körülhatárolható, addig az egyéni életvezetésben, a halálhoz való viszonyulásban az egyén szerepe már bonyolultabb. Személyiségi tényezők, habituális adottságok is meghatározzák az egyén és a külvilág viszonyát, a külvilági ingerek minősítését és feldolgozását. Ezek a személyi adottságok nagyban befolyásolják az egyén válaszlépését, egy adott konfliktus vagy életvetetésének megoldásában.

Itt csak azokat az okokat emelném ki, melyek a gyermek illetve az ifjúkori öngyilkossági magatartásban szerepet játszanak.

A pszichoszociális háttér

A gyors társadalmi átalakulások, a felgyorsult élettémpó megnövelte

- a szociális mobilitást – a gazdasági kibontakozás, felemelkedés, növekvő jólét, az egyéni törekvés és versengés – fokozta a közösségektől való elkülönülést, ez az emberi kapcsolatokat megterhelte, feszültség alá helyezte;
- szétzilálta a közösségi struktúrákat;
- az urbanizáció és a társadalmi mobilizáció fokozódása miatt új közösségek alakultak ki. Ezek a közösségek rendkívül heterogén összetételűek.
- új közösségi normák, szokások még nem alakultak ki;
- a közösségi integráció nem vagy lassan alakul;
- a vallási közösségek felbomlottak, új közösségi értékek nem jöttek létre;
- pszichés terhek nehezednek a házasságra, a családra. A családtagok adaptációs készsége beszűkül, konfliktus megoldási mintáik normától eltérőek lesznek.
- a férfiak távol az otthontól vállalnak munkát, vállalkozók lesznek, túlmunkában dolgoznak, a nők is munkavállalásra kényszerülnek, a növekvő anyagi szükségletek megteremtésének szükséglete miatt. A nagyobb teljesítmény, az anyagi javak értékének túlhangsúlyozásával, az érzelmi biztonság háttérbe szorul. A szülők nem tudnak érzelmileg megfelelő viszonyt kialakítani gyermekükkel. Az állandó érzelmi frusztrációs feszültség jelenléte miatt jelenik meg az érzelmi fejlődés gátlása, az önértékelés károsodása, a stressz-feszültségek feldolgozásának zavara, vagy elégtelensége.
- A szülők betegsége, a gyermekeiket egyedül nevelő szülők, a csonka családok, a hibás nevelési módszerek, a brutalitás, a gyermekbántalmazás, a szülői alkoholizmus, a válás, az öngyilkossági minta családon belüli jelentkezése felelőssé tehető az öngyilkossági magatartás kialakulásáért. Az emberközi kapcsolatok beszűkülése, az érzelmi biztonság hiánya, és a megfelelő mennyiségű, hatékony magatartási példa hiánya miatt a család a megküzdési minta hagyományozásának feladatát nem tudja betölteni. Nem biztosítja a család a sokoldalú problémamegoldás modelljét, és gyakorlásának színterét.

Az osztályos statisztika összefoglalása

A Kenézy Kórház Gyermekek és Ifjúságpszichiátriai osztályán öngyilkossági kísérlet miatt kezelt betegek adatainak feldolgozásából kiemelhető:

1995-1997 között, 3 év fekvőbeteg dokumentációja alapján retrospektív vizsgálatot végeztünk. 75 beteg (23 fiú és 55 leány) életkoruk 15-16 év.

Többségük szakmunkásképzőbe (39%), gimnáziumba (35%) a többiek iskolából kimaradt, és egy-egy általános iskolai tanuló volt.

A fiatalok 39%-a teljes családban, többségük csonka családban, nevelőszülőknél, vagy állami intézetben nevelkedett.

Az öngyilkossági kísérlet okaként iskolai kudarcot, intézeti konfliktust, párkapcsolati konfliktust, kilátástalan jövőt, magányosságot, jelöltek meg.

Az öngyilkossági kísérlet háttértényezői között nagy százalékban válás, szülők közötti konfliktusok, anya, vagy apa pszichés betegsége, szülők alkoholizmusa, gyermekbántalmazás, barátikör hiánya, deviáns barátok léte deríthető ki.

Az ifjak 5%-nál találtunk ismételt kísérletre adatot.

Az öngyilkossági magatartáshoz társult pszichiátriai diagnózisok: szorongásos állapot, depresszió, érzelmi zavar, akut stressz reakció, diszharmonikus személyiségfejlődés.

Minden deviáns magatartásformát a társadalom minősít. Magyarország a Magyar kulturális hagyomány nagyon elfogadó az öngyilkossági magatartással szemben.

A krízisek és konfliktusok során öngyilkosságot elkövető embert környezete megérti, tettét helyesli, a megoldást elfogadja. Ezzel erősíti azt, hogy a szuicídium modell minta legyen mások számára (Ozsváth-Kocsán).

Amikor az öngyilkosságról szóló tudományos tanácskozáson a gyermekkori szuicídiumról, azok háttértényezőjéről, a prevencióról együtt gondolkodunk, a fenti tény nem elhanyagolható. A megsegítésben a társadalmi és szakmai erőforrások mozgósításában visszatartó erő lehet.

A társadalmi vélemény, a megítélés formálása a prevenció első lépése, ez a média feladata. Az elsődleges prevenció a gyermekpszichiáter szemszögéből a család, az iskola és a lakóközösségek szinterein valósulhatnak meg.

Az egyéni szocializáció a személyiség formálás folyamatának megsegítésében, a család működésének javításában, a harmonikus családi kapcsolatrendszer alakításában van. A gyermekkel való intenzív kapcsolatnak, az időráfordításnak szokássá modellé kell válni kultúránkban.

A jól funkcionáló család, védelmet nyújt, a környezetkárosító hatásaival szemben. Nevelési formát hagyományoz, és megküzdési alternatívákat tanít.

Az iskola is személyiség formáló, a jó tanár-diák kapcsolat útján, és úgy, hogy a gyermekek napi igénybe vétele teljesítő képességükkel legyen összhangban.

A harmadik szinttér a lakóközösségek, az emberi kapcsolatok erősítése, a közösségi megtartó erő bázisának, formáinak kialakítása. A szabadidő színvonalas közös szervezésétől, az együttes kulturális élmények átélésétől a közösség támogató erejének megtapasztalása várható.

A másodlagos prevenció hatékonysága a Gyermekpszichiátriai szakma, a gyermekeket ellátó rendszerek fejlesztésétől, a szakmai ellátás differenciálásától, valamint a tudományos kutatómunka fejlődésétől várható. A gyermek ellátás, pszichoterápiás hálózat krízis ellátás, lelki-gondozás segítené a szuicid gondolathoz, a szuicid kísérletekhez eljutott ifjakat a megküzdési mechanizmusok megtanulásában, az életvezetési korrekció megtételéhez.

Célszerű és közvetlen feladatnak tűnik a mentálhigiénés tevékenység intézményes koordinálása, nevezetesen a gyermek-ifjúságpszichiátriai osztályok, a gondozók, a családsegítők, a karitatív szervezetek, az önszolgáltató támogatói formák, a telefonszolgáltatások, a közösségi, vallási, rokonsági, iskolai segítői támogatás, a kölcsönös védőmechanizmusok együttműködésének megszervezése.

A segítői szokások, segítőhálózatok működésének Magyarországon még nincsenek hagyományai. Tevékenységük megindult első tapasztalatok értékelése most történik.

Ez a mi munkánk és az egész társadalom munkája és ez nem is kevés.

Platon szavai adhatnak meggyőződésünkhöz sok-sok energiát:

“Ha az ifjak gondozása és nevelése helyes úton halad
az állam hajója biztosan megy előre.”

Irodalom

Farkasinszky T.(1987): Gyermek és serdülőkori öngyilkossági kísérletek.
Társadalmi beilleszkedési zavarok Bulletin VIII. 145-152.

Gyermek és Ifjúságpszichiátria tankönyv.
Vetró Á és W.L.I. Parry-Jones szerkesztette.
Szegedi Orvostudományi Egyetem kiadványa 1996.

Osváth K. Kóczán Gy. (1987): Öngyilkossági kísérletek komplex elemzése
Társadalmi beilleszkedési zavarok Bulletin VII 53-102.

Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról
Kossuth könyvkiadó 1988.

Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon
Kossuth könyvkiadó 1988.



Az öngyilkos magatartás biológiai hátteréről

Dr. Demeter József

Bevezetés

Az öngyilkos magatartás biológiai, pszichológiai és szociális tényezők komplex interakciójának következménye. Olyan spektrumot jelöl, amely magába foglalja a szándékolt elmúlás gondolatát, a meghalásra irányuló késztetést és terveket, az öngyilkossági kísérletet és a befejezett öngyilkosságot is. A cél tekintetében jelentősen különbözik az önpusztító viselkedés egyéb formáitól. A legutóbbi negyedszázad alatt a pszichiátriai betegségek etiopatogenezisében és terápiájában jelentős fejlődés következett be. A befejezett öngyilkosságok gyakoriságában azonban szinte alig volt változás (1. táblázat). Nincs változás annak ellenére sem, hogy a társadalom és a tudomány minden területén nagy erőfeszítések történtek. A hatékony megelőzés és kezelés kulcsa az eddigi szuicídium elméletek integratív konvergenciája lehet (10).

Epidemiológiai adatok

A szuicídium kb. 90%-ban valamilyen pszichiátriai kórfolyamattal kapcsolatos. Az esetek kb. felében affektív betegség diagnoszkálható (major depresszió, bipoláris affektív zavar, disztímia). A

legnagyobb rizikót az aktuális szorongó-agitált állapotok jelentik. Az öngyilkos magatartás egy harmadán a táplálkozási betegségek, a szkizofrénia, az alkoholizmus, a drog abúzus, a személyiségzavarok, a neurológiai betegségek közül a gerincvelő és az agy traumás károsodásai, a Huntington chorea és az epilepszia osztoznak (2. táblázat). Magas kockázatot jelentenek a korábbi öngyilkossági cselekmények és a többszörös pszichiátriai komorbiditás, különösen az affektív zavarok, a pszichózisok, a drogokkal és az alkohollal történő visszaélések együttes előfordulása (6, 18).

Genetikai vizsgálatok

Populáris genetikai (famiális, adoptációs, mono- és heterozigóta iker) vizsgálatok támasztják alá az öngyilkos magatartás örökölhetőségét, a családi átvihetőséget. A populáris genetika megállapításait a molekuláris genetikai vizsgálatok is megerősítik. A klinikai tanulmányok igazolták, hogy a szuicídiumra vonatkozó pozitív családi anamnézis: 1. Növeli a szuicídium valószínűségét, 2. Erős prediktora a szuicídium kísérlet aktív végrehajtásának, 3. Emeli az öngyilkosság violenciáját, 4. Bármilyen pszichiátriai diagnózis esetén is fokozza szuicídium kockázatát, 5. A vulnerabilitás famiális átörökítése független is lehet a famiális pszichiátriai betegségeket érintő transzmissziótól és a pszichiátriai betegség súlyosságától, 6. Szuicídiumra és pszichiátriai betegségre is pozitív családi kórelőzménnyel rendelkező egyén - ha szuicídium kísérlete lesz - akkor azt a pszichiátriai betegségének megjelenése után rövid időn belül elköveti (11, 16).

Neurobiológiai adatok

A neurobiológiai vizsgálatok az öngyilkos magatartás patofiziológiájának csupán egyik, de fundamentális megközelítési módja. A vizsgálati módszerek legutóbbi évtizedben történt fejlődése (kvantitatív receptor autoradiográfia, immunhisztokémia, immunoblotting, sejt-morfometria, genotipizálás, transzkriptáz polimeráz reakció) teszi lehetővé a központi idegrendszeri folyamatok nem csak globális (liquor vizsgálatok), hanem részletező in vivo (funkcionális képalkotó eljárások) és post mortem (autoradiográfia, neurohisztokémia) tanulmányozását és az eltérések neuroanatómiai lokalizálását is.

Neurokémiai vizsgálatok

Az eddigi ismeretek szerint az öngyilkos magatartás leggyakrabban a ventrális-ventro-laterális prefrontális régió működését befolyásoló biokémiai, elsősorban a szerotoninerg rendszert érintő zavar következménye. Ennek a területnek más jellegű (tumor, trauma, infarktus, degeneráció) károsodása is hasonló következményekkel járhat. Elégtelemmé válhatnak ezzel a területtel szoros kapcsolatban működő egyéb neurotranszmitter rendszerek, illetve agyi struktúrák is. A ventrális prefrontális kéreg 1. az autobiográfias memória rövid (short-term) formájában, 2. a szenzoros és a motoros struktúrák aktiválásában és a 3. nyugtalanító emlékezőanyag és stimulusok gátlásában játszik központi szerepet. Részt vesz a megoldás alternatíváinak felsorakoztatásában és a kiválasztott célvezérelt motoros megnyilvánulások kezdeményezésében. A humán magatartás emocionális, perceptív, kognitív és motivációs aspektusainak, a magatartás reaktibilitásának egyik fontos irányítója.

Szerotonin

A raphe magvakból kiinduló szerotoninerg pályák a központi idegrendszer minden területét eléri (kéreg, limbikus rendszer, bazális ganglionok, hipotalamusz, agytörzs, gerincvelő). A biológiai ritmusok, a hangulat, a táplálékfelvétel, az alvás, a motiváció, a szexuális funkciók és a kognitív működések szabályozásában vesz részt. Az öngyilkos magatartásban a dorzális raphe subnucleusból a ventrális prefrontális régióba haladó szerotoninerg pálya szerotonin anyagszerájében (termelés, szállítás, raktározás, felszabadulás, újrafelvétel, lebontás) és a poszt-szinaptikus jelátvivő rendszer működésében találtak eddig leggyakrabban eltéréseket.

1. A tanulmányok kb. kétharmadában az öngyilkosságot elkövetett egyének liquor 5-hydroxyindolacetát (5-HIAA) tartalma alacsony volt (14). A csökkenés az öngyilkossági kísérlet súlyosságával és nem a specifikus pszichiátriai betegség jellegével és súlyosságával korrelált. Minél violensebb volt a kísérlet, annál alacsonyabb volt a liquor indolacetát szintje. A heteroagresszivitásban megnyilvánuló impulzivitás ugyancsak alacsony liquor 5-HIAA tükörrel járt emberben és állatban egyaránt (4, 11, 12)

2. Számos post mortem tanulmány igazolta az öngyilkosság miatt meghaltak agytörzsében a szerotonin és az 5-HIAA tartalom csökkenését. Más agyterületekben a szerotonin és az 5-HIAA tartalomra vonatkozó vizsgálatok eredményei nem voltak konzekvensek (11, 20). A tanulmányok nagy része a dorzális raphe magban a szerotoninerg neuronok számát nem találták csökkentnek (sőt gyakrabban emelkedett volt) és nem változott a mag denzitása sem (az alacsony raphe szerotonin tartalom valószínűleg nem a szerotoninerg neuronok pusztulásnak, hanem a szerotonin szintézis zavarának a következménye lehet).

3. Élénken vizsgált a triptofán hidroxiláz (TPH) szerepe (13, 17). A szerotonin anyagcsere szabályozásában résztvevő enzimek közül számos - pl. a triptofán hidroxiláz, a monoamin oxidáz (MAO), a ciklohidroláz - rendelkezik polimorfizmussal, allél variációkkal. A TRH gén biallelikusan polimorf, a 11. kromoszóma rövid karján, az intron 7-en foglal helyet (1).

Nielsen és mtsai vizsgálatai szerint finn alkohol-betegekben az öngyilkos magatartásra az L genotípus jelenléte jelentette a nagyobb kockázatot az öngyilkosságot ismétlődően megkísérlőknek a genotípusa döntően LL volt. Megállapították, hogy azoknak volt a legalacsonyabb a liquor 5-HIAA szintje, akik az UL és az LL genotípusban tartoztak (13). Mann és mtsai öngyilkosságot megkísérelt major depressziós betegekben viszont az U allél előfordulását találták a gyakoribbnak. A depresszió súlyossága és az esetleges komorbid személyiségzavar nem volt jelentős prediktív tényező. A depresszió súlyossága az LL és az UL csoportban kifejezettebb volt, mint az UU típusban, mégis az UU genotípusba tartozók követtek el gyakrabban szuicidiumot. A szerzők véleménye szerint a szuicidium nem csak a depressziós szindróma része lehet, hanem a depressziótól függetlenül is előfordulhat. A genetikai hajlamosítottság az affektív betegségekre és a szuicidiumra nem teljesen azonos faktorok következménye (10, 11).

Az öngyilkos magatartás kialakításában a TRH működése egyik fontos, de nem egyedüli tényező. A TRH gén eddig még nem ismert változatai, az intronon belüli egyéb tényezők, a közelben elhelyezkedő más gének, pl. a tirozin hidroxiláz és a D4 dopamin receptor gén is szerepet játszhatnak.

4. A szerotonin transzporter protein a 17. kromoszómában kódolt. A gén promoter része L (long) és S (short) allélekkel rendelkezik. Jelzett cianoimipramin, paroxetin, citalopram felhasználásával készült tanulmányok az öngyilkosságot elkövetett depressziós egyénekben a szerotonin transzporter kötőhelyek számát a frontális kéregben csökkentnek találták. Autoradiográfias módszerrel a dorzális prefrontális területben nem, de a ventrális-ventrolaterális prefrontális régióban a szerotonin transzporter kötődés mértéke alacsonyabb volt. A kötőhelyek mennyiségét illetően nem volt féltekei különbség az öngyilkosság miatt meghalt depressziós egyénekben. A szuicidiumot megkísérelt major depressziós egyénekben a szerotonin transzporter gén promoter régiójában az S allél volt a gyakoribb (5, 9).

5. A post mortem és in vivo funkcionális képalkotó vizsgálatok a ventrolaterális prefrontális régióban emelkedett poszt-szinaptikus szerotonin 1A és 2A, a dorzális raphe magban pedig emelkedett preszinaptikus 5-HT-1A receptor sűrűséget mértek. (20). Az egyik lehetséges magyarázat a csökkent prefrontális szerotonin input miatti kompenzatórikus receptor szám növekedés. A másik feltételezett mechanizmus szerint az 5-HT-2A receptor altípus szám emelkedés más neurotransmitter rendszerek (az 5-HT-2A szoros kapcsolata van az adrenerg és a gamma-aminovajsav rendszerrel) és a HPA (hipofízis-hipotalamusz-mellékvese) tengely moduláló hatása miatt következhet be.

6. A trombocita 5-HT-2A receptor szám szuicídiumot elkövetett egyéneknél szignifikánsan emelkedett volt a szuicídiumot nem megkísérlő pszichiátriai betegekhez és a normál kontrollokhoz képest. A magasabb trombocita 5-HT-2A receptor szám független volt a diagnózistól és független volt attól is, hogy önpusztító gondolatról vagy kísérletről volt szó. A szuicídiumot elkövetett depressziósokban, szkizofréneknél, szkizo-affektív betegekben magasabb volt a receptor szám, mint az öngyilkosságot nem megkísérelt ugyanilyen betegcsoportokban. Csökkentenek találták a vérelemezke 5-HT felvételét és az 5-HT transzporter kötőhelyek száma is (15).

Noradrenalin

Kevesebb következetes, de jelentős változások vannak a noradrenerg (NA) rendszerben is. Az öngyilkos egyéneknél csökkent az agytörzs noradrenalin tartalma és emelkedett az alfa-2 adrenerg autoreceptorok száma (3). A béta-adrenerg receptor szám változás nem volt következetes. Néhány esetben csökkent a locus coeruleus rostrális részében a noradrenerg neuronok száma és a mag pigment tartalma is (a kevesebb noradrenerg neuron inkább fejlődési zavarnak látszik, ebből a magrészből a noradrenerg pályák döntően a prefrontális régió felé tartanak). A prefrontális terület béta-adrenerg kötőhelyek számát számos vizsgáló többnek, míg mások kevesebbnek találták. Az eltérések összességben a noradrenalin felszabadulás növekedésére, illetve az ezt követő deplecióra utalnak, amely a szuicídiumot megelőző stressz következménye is lehet.

Neuroendokrin vizsgálatok

1. A fenfluramin fokozza a szerotonin felszabadulást és gátolja a szerotonin visszavételt. A fenfluraminra adott prolaktin válasz mértéke a szerotoninerg rendszer működésétől függ. A prolaktin válasz a szuicídium súlyosságával korrelált. A csökkent prolaktin válasz a szuicídium kísérlet után is hosszú ideig megmaradhat. Különösen alacsony volt azokban, akik anamnézisében szuicídium kísérlet már szerepelt vagy impulzív-agresszív tüneteket mutattak. Minél súlyosabb volt a szuicídium tette, annál kisebb volt a fenfluraminra adott prolaktin válasz. (14).

2. A HPA tengelyhez számos kulcsfontosságú peptid és szteroid tartozik: korticotrop releasing hormon (CRH), az adrenokorticotrop hormon (ACTH) és a kortizol. A legújabb tanulmányok a hipotalamusz, a hippokampusz és az amigdala kapcsolatának fontosságát hangsúlyozzák major depresszióban. Major depresszióban magas CRH és kortizol szintet mérnek. Az emelkedett szérumban kortizol sejtelváltozásokat (neuron pusztulás) idéz elő a hippokampuszban, jelentős zavarok keletkeznek a kognitív és az affektív működésekben (a hippokampuszban a szteroid és a szerotonin 1A receptorok között szoros a kapcsolat). Számos kutató HPA hiperreaktivitást talált öngyilkossági készséggel rendelkező depressziós betegekben. A dexametazon non-responderek között tízszer gyakoribb volt az öngyilkosság, mint a responderek között (7).

Koleszterol

Epidemiológiai felmérések és a koleszterolt csökkentő diétával kapcsolatos megfigyelések szerint az alacsony koleszterol szint különösen a violens öngyilkos magatartás valószínűségét növeli (2, 8). Az össz-koleszterol 70%-a LDL, 30%-a HDL, 10% a szabad koleszterol. A koleszterol anyagcserét hipotalamikusan peptidok szabályozzák (galanin, aldosteron, opioid peptidok). A dopamin is szerepet játszik a galaninon és az opioidokon keresztül a lipid-anyagcserében. A depressziós egyének és rokonaik kevesebb eszterifikált koleszterollal rendelkeznek, mint az egészséges kontrollok. Mások azt találták, hogy a HDL szignifikánsan alacsonyabb volt azokban a depressziós férfiakban, akiknek korábban súlyos szuicídium kísérletük volt (3). Öngyilkosságot megkíséreltekben az alacsony HDL pozitívan korrelált a liquor 5-HIAA és vanilmandulánsav (VMA) szintjével (19). Számos állatkísérlet is igazolta, hogy a szérumban koleszterol szint, a szerotoninerg működés és az agresszió között összefüggés van.

Jelátvivő rendszerek

Egyre több közlemény számol be a szuicídium genézisével kapcsolatban a jelátvivő rendszerek szerepéről. A posztszinaptikus intracelluláris jel-traszmiszió zavar következtében a szerotoninerg vagy más rendszerben szereplő enzimek, receptorok, transzporterek képzésében, illetve működésében kedvezőtlen változások alakulhatnak ki. A környezetből származó patológiás ingerek gén expressziót, mutációt okozhatnak (tartós környezeti stressz hatására esetleg maradandó genetikai változások jöhetnek létre). Öngyilkosságot megkísérelt egyéneknél leggyakrabban a foszfoinozid szignál transzdukciós rendszerben mutattak ki eltérést. A Brodmann 8. és 9. areában szignifikánsan alacsonyabb volt a foszfoinozid specifikus foszfolipáz C aktivitás. A trombocitákban az 5-HT-2A receptorok szekunder jelátvivője ugyancsak a foszfoinozid rendszer (20).

Szuicídium prediktív markerek

Az öngyilkossági készletet jelző biológiai módszerek alkalmazása segítséget jelenthet a klinikus szakember számára a veszélyeztetett egyének szűrésében és a hatékony megelőzésben (3. táblázat). A mai gyakorlatban trombocita vizsgálata, a dexametazon szuppressziós teszt elvégzésére, a szérum kortizol és a koleszterol meghatározására van lehetőség.

Összefoglalás

A ventrális prefrontális terület szerotoninerg diszfunkciója fokozza a szuicídium kockázatát. Minden öngyilkossági kísérlet növelheti az újabb cselekményre predisponáló reziduális neurobiológiai változások valószínűségét. Az ismétlődő negatív életesemények maradandó szerotoninerg diszfunkciót okozhatnak. A szuicídium a pszichiátriai betegségektől függetlenül is mutathat familiáris traszmissziót. A szuicídiumot elkövetett és szuicídiumot el nem követett egyének között a különbséget a szociális kontextusban alakult személyiség kognitív és magatartás tulajdonságai jelenthetik. Az impulzivitáshoz (az auto- és a heteroaggresszív cselekmények) vezető folyamat "utolsó előtti szakasza" individuálisan, intrapszichésen zajlik, amely még a deliberáció előtt pszichológiai intervencióval és/vagy farmakoterápiával megállítható lehet.

Irodalom

1. Abbar M, Courtet P, Bellivier F, Leboyer M, Boulenger JP, Lambercy C, Mouthon D, Buresi C. Suicide attempts and the tryptophan hydroxylase gen. *Mol Psychiatry* 6 (3): 258-273, 2001.
2. Alvarez JC, Cremniter D, Lesieur P, Gregoire A, Gilton A, Macquin Mavier I, Spreux-Varaquaux O. Low blood cholesterol and low platelet serotonin levels in violent suicide attempters. *Biol Psychiatry* 45:1066-1069, 1999.
3. Arango V, Underwood D, Mann J. Fewer pigmented locus coeruleus neurons in suicide victims. *Biol Psychiatry* 39:112-120, 1996.
4. Asberg M et al. Cerebrospinal fluid studies in suicide. An overview. *Ann N Y Acad Sci* 487:243-255, 1986.
5. Blight-Glover W, Kolli TN, Shapiro-Kulnane L, Dilley GE, Friedman L, Balraj E, Rajkowska G, Stockmeier A. The serotonin transporter in the midbrain of suicide victims with major depression. *Biol Psychiatry* 47 (2):1015-1024, 2000.
6. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 157:1925-1932, 2000.
7. Coryell W, Schlessler M. The dexamethasone suppression test and suicidal prediction. *Am J Psychiatry* 158:748-753, 2001.

8. Harrison EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170:205-206, 1997.
9. Kunugi H, Takei N, Aoki H, Nanko S: Low serum cholesterol in suicide attempts. *Biol Psychiatry* 41:196-200, 1997.
10. Mann JJ et al. A serotonin transporter gene promoter polymorphism and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Arch Gen Psychiatry* 57 (8):729-738, 2000.
11. Mann JJ et al. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *J Clin Psychiatry* 156 (2): 181-189, 1999.
12. Mann JJ, Oquendo M. The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am* 23:11-25, 2000.
13. Meyer JH, Kapu S, Houle S, DaSilva J, Owczarek B, Brown GM, Wilson AA, Kennedy SH. Prefrontal cortex 5-HT₂ receptors in depression: an (18F) Setoperone PET Imaging Study. *Am J Psychiatry* 156:1029-1034, 1999.
14. Nielsen DA, Virkkunen V, Lappalainen J, Eggert M, Brown GL, Long JC, Goldman D, Linnoila M: A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 55:128-136, 1998.
15. Nordström P et al. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav* 24:1-9, 1994.
16. Pandey GN, Pandey SC, Dwivedi Y, Sharma RP, Janicak PG, Davis JM. Platelet serotonin-2A receptors a potential biological marker for suicidal behaviour. *Am J Psychiatry* 152:850-855, 1996.
17. Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M. Genetics of suicide: family studies and molecular genetics. *Ann NY Acad Sci* 836:135-157, 1997.
18. Souery D et al. Tryptophan hydroxylase polymorphism and suicidality in unipolar and bipolar affective disorders: multicenter association study. *Biol Psychiatry* 49 (5): 405-409, 2001.
19. Strakowski SM, McElroy SI, Leck PE. Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 153:674-676, 1996.
20. Tanskanen A, Vartiainen V, Tuomilehto J, Viinamaki H, Lehtonen J, Puska P. High serum cholesterol and risk of suicide. *Am J Psychiatry* 157:648-650, 2000.
21. Turecki G et al. Prediction of level serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in postmortem brain samples from subject who did or did not commit suicide. *Am J Psychiatry* 156 (9):1456-1458, 1999.
22. Turecki G et al. TPH and suicidal behaviour: a study of suicidal completers. *Mol Psychiatry* 6:98-102, 2001.

1. táblázat

Befejezett öngyilkosság [100 000/év]

Ország	1970	1975	1980	1985	1988	1994-98
Magyarország	34,8	38,4	44,9	44,4	41,3	32,9
Finnország	21,3	25,0	25,7	24,6	28,4	24,7
Belgium	16,5	16,2	21,7	23,1	22,7	21,3
-						
Nagy Britannia	7,9	7,5	8,8	9,0	8,7	7,1
Portugália	7,5	8,5	7,4	9,7	8,0	5,7
Görögország	3,2	2,8	3,3	4,1	4,1	3,6
Összes	14,5	14,9	16,6	17,2	16,6	14,3

World Health Organization. Suicide: International Rates. Accessed: 01. 22. 2001.

2. táblázat

Szuicídium standardizált mortalitás rációk (SMR) pszichiátriai és neurológiai betegségekben

Betegségek	Tanulmány (szám)	SMR	[95% CI]
Előző szuicídium kísérlet	9	38,4	[34,0-43,1]
Táplálkozási betegségek	15	23,1	[15,3-33,4]
Major depresszió	23	20,4	[18,3-22,6]
Szedatívum abúzus	3	20,3	[14,2-28,2]
Vegyes drog abúzus	4	19,2	[16,1-22,8]
Bipoláris affektív betegség	15	15,0	[12,2-18,4]
Opioid abúzus	10	14,0	[10,8-17,9]
Disztímia	9	12,1	[11,5-12,8]
Kényszer betegség	3	11,5	[2,38-33,7]
Pánik betegség	3	10,0	[4,57-19,0]
Szkizofrénia	38	8,45	[7,98-8,95]
Személyiség zavarok	5	7,08	[4,7-10,1]
AIDS	1	6,58	[5,7-7,63]
Alkohol abúzus	35	5,86	[5,41-6,33]
Epilepszia	12	5,11	[3,90-6,58]
Gyermekkori pszich. Zavarok	11	4,3	[3,97-5,60]
Cannabis abúzus	1	3,85	[1,84-7,07]
Gerincvelő károsodás	1	3,82	[3,29-4,42]
Traumás agykárosodás	5	3,50	[1,14-8,18]
Huntington chorea	4	2,90	[2,24-3,68]
Roszzindulatú betegségek	1	1,80	[1,71-1,89]
Mentális retardáció	5	0,88	[0,18-2,58]

Harris EC, Barraclough B. *Br J Psychiatry* 170:205-208, 1997.

3. táblázat

Szuicídium biológiai markerek

Liquor 5-HIAA	↓
Raphe 5-HT-erg neuron szám	→↑
Triptofán hidroxiláz (TRH)	U allél
5-HT transzporter promóter	S allél
5-HT transzporter kötődés	↓
5-HT-2A receptor szám (prefrontális kéreg)	↑
Trombocita 5-HT-2A receptor szám	↑
Prolaktin válasz (fenfluramin)	↓
Kortikotrop releasing hormon (CRH)	↑
Szérum kortizol	↑
Dexametazon terhelés	Non-reszp.
Foszfoinozítid spec. Foszfopipáz C	↓
HD koleszterol	↓



Az öngyilkossági cselekmények jelentkezése és kezelhetősége a háziorvoslásban

Dr. Jakucs Éva
családorvos

A dobozi lakótelep Debrecen belvárosának szélén fekszik. 1967-ben épült. Négyemeletes házakból áll, a házsorok között parkok vannak játszótérrel, szökőkúttal, szoborral. A lakótelephez tartozik még egy öt lépcsőházból álló tízemeletes sorház, melyet a Kiserdő választ el a Záhony felé futó vasúti sínpártól. Az itt lakók száma 2000-2500 fő.

Én 1976 óta dolgozom itt. Az elmúlt 25 év alatt nyolc ember lett öngyilkos; hat férfi, két nő. Időrendi sorrendben ismertetem rövid kórtörténetüket.

1. Első személy 1978-ban 53 évesen halt meg. Pék volt a foglalkozása, feleségével és három gyermekével élt együtt. Rendszeresen fogyasztott alkoholt. Italosan goromba, kötekedő lett, kijózanodva bocsánatot kért családjától. 1978-ban leánya esküvőjére készült a család. Egy liter tiszta alkohol volt otthon, hogy hígítva likőrt készítsenek a vendégeknek. Ebből másfél, két dl-t megivott, majd lement a pincébe és felakasztotta magát.
2. Második személy 1936-ban született és 1983-ban halt meg 47 évesen. Feleségével két fiával lakott együtt. Rokkant katonatisztként ismeretem meg. rokkantságát krónikus alkoholizmusa és ehhez társuló cukorbetegsége okozta. Meg akart szabadulni szenvedélyétől, de egyedül. Külső segítséget nem fogadott el, miközben a naptárjába ezt írta be: Sátán, tűnj el az életemből!!! (Nem valószínű, hogy olvasta volna Jack London: Sárga sátán című könyvét). Amikor küzdelmét sikertelennek ítélte meg, a garázsban felakasztotta magát.
3. Harmadik személy 1904-en született és 80 évesen halt meg 1984-ben. Feleségével élt egy háztartásban egy tízemeletes ház földszintjén. Rendkívül zárkózott természetű volt, szomszédokkal, rokonokkal nem tartotta a kapcsolatot. Felesége hirtelen besárgult, melynek oka a műtétnél derült ki: epehólyagrák. Néhány hét alatt ez a betegség elvitte. Az egyedül maradt férj csak egy ebédhordást fogadott el a felajánlott segítségek közül. Rövid idő elteltével az ebédhordó talált rá, felakasztotta magát.
4. Negyedik személy 1930-ban született és 1990-ben halt meg 60 évesen. Főiskolai tanárként feleségével élt, mert három gyermeke már korán kirepült a családi fészekből. Feleségétől tudtam meg, hogy egyre súlyosabb az alkoholizmusa, így 1985-ben egy hüléses megbetegedése kapcsán hosszasan elbeszélgettünk. Ekkor italfogyasztását mértéktartónak ítélte meg, majd amikor a laboratóriumi vizsgálatok során, melyet magas vérnyomása miatt végeztünk szembesült emelkedett májenzim értékeivel, akkor elismerte, hogy gondja van az alkohollal. Felajánlottam segítségemet; intézeti, járóbeteg elvonókúra, de egyikbe sem egyezett bele. Mivel az őt zavaró lábzsibbadásra a nagyadagú B vitamin injekciók segítséget jelentettek, így azt elfogadta, hogy ezt az injekciós kúrát rendszeresen megismétli, májvédő gyógyszert szed és a laboratóriumi vizsgálatokra is vállalkozott. Évek teltek el így, rendszeresen járt vizsgálatra illetve injekciós kúrára. A felesége közben arról tájékoztatott, hogy míg a nyolcvanas évek elején évente egy önálló könyvet írt, később már csak szerkesztette a kiadványokat, 1990-ben semmilyen könyv kiadására nem készült. Ez évben sem feleségétől sem tőlem nem fogadott el segítséget; alkoholos állapotban a vonat elé vetette magát. Szellemi tevékenységének ekkora hanyatlását már nem bírta elviselni.
5. Ötödik személy 1991-ben 58 évesen halt meg. A debreceni Nagyállomás büfájében dolgozott nyugdíjazásáig. Két házassága volt. Az első férjétől volt egy fiú gyermeke, a második férjének is volt egy fiúgyermeke, akit már együtt neveltek fel. Nyugdíjaztatásáig kiegyensúlyozott asszonyként ismertem. Gyakran találkoztunk a lakásukon, mert férje Heine-Medine betegség miatt járógéppel élt és erős dohányos lévén gyakran volt hörgőgyulladás. Az asszony a nyugdíjba

- küldése után megváltozott, alvászavarról panaszkodott, örömtelennek ítélte életét, a férje dohányzását elviselhetetlennek minősítette. Kértem menjen el a pszichiátriai szakrendelésre. Sajnos ebbe nem egezett bele, gyógyszerbevétellel vetett véget életének.
6. Hatodik személy 1922-ben született és 1994-ben halt meg 72 évesen. Gépkocsivezetőként dolgozott nyugdíja előtt. 1972-től rendszeresen fogyasztott alkoholt. 1977-ben elvonókúrán esett át, mely átmenetileg volt eredményes. Nyugdíjasként, amíg a nyugdíj tartott ivott, utána a vele egy háztartásban élő nőtestvére tartotta el. 1982-ben idegklinikán feküdt átmeneti keringészavar miatt, majd 1984-ben ismét: dg.: delirium tremens, alc. chr. 1994-ben alkoholos állapotban a vonat elé lépett.
 7. Hetedik személy gépészmérnök 1997-ben 63 évesen halt meg. Egy nagy ipari termékeket gyártó gyárban dolgozott, ahol üzemorvosa és idegyógyász is kezelte. Feszültségoldót és altatót szedett rendszeresen. Három öngyilkossági kísérlete volt – férjétől tudtam – de pszichiátriai intézeti kivizsgáláson egyszer sem esett át. Gyomormosás után hazaengedték. Családban élt férjével, leányával. Rövid nyugdíjas évei alatt nem kerültünk közelebbi kapcsolatba. Csak a gyógyszereiért jött, nem panaszkodott, beszélgetéskor igennel vagy nemmel válaszolt. Halála előtt leányával hevesen vitatkoztak. Másnap otthonában gyógyszert bevéve felakasztotta magát.
 8. Nyolcadik személy 1965-ben született és 2000-ben halt meg 35 évesen. Szegény, egyszerű családból származó fiatalember, kellemes külsejének és jó kapcsolatteremtő képességének köszönhetően biztosítási ügynökként gyors karriert csinált. Hirtelen pénze lett, új barátok, feleség mellett barátnő, akikkel esténként a pohár fenekére néztek. A mértékletes ivás hamarosan mértéktelessé vált. Emiatt elveszítette munkáját. Feleségével, anyósával, leányával egyre gorombábban viselkedett. Ekkor felesége beadta a válókeresetet. A férj nem akart válni, még az elvonókúrába is beleegyezett, ha nem kell befeküdni. Telefonon megkértem pszichiáter kolléganőmet, hogy fogadja és kezelje. Hetekig betartotta a gyógyszereszedést, a vizsgálatokon való megjelenést, majd abbahagyta. Mivel erre az esetre is felkészítettem a feleségét, nem érte váratlanul, de türelme elfogyott. Elváltak, de életük nem változott meg gyökeresen. A férj kinyomozta az új lakáscímet, ittasan felkereste őket. Anyósát bántalmazni akarta, ő gázspray-vel védekezett. A nagy veszekedésre a szomszédok kihívták a rendőrséget, akik a szemészetre vitték (a gázspray miatt). Ottani ellátása után felhívta telefonon a volt feleségét, hogy menjen érte. Ő ezt megtagadta hajnali háromkor. A férj hazaérve albérletébe, felakasztotta magát, úgy ahogy édesapja tette 40 évesen, és nagybátyja 38 évesen.

Összefoglalva: a nyolc halottból ötnél az alkohol volt a főszereplő (öt férfi), három beteg pedig valószínűleg kezeletlen depressziós volt (két nő, egy férfi).

Mit teszünk azért, hogy az öngyilkosságok száma még kevesebb legyen? A praxis valamennyi dolgozója – három segítők van: két orvosírnok és egy körzeti nővér – fokozottan figyeljük és segítjük az alkoholbetegeinket, az egyedül maradó, megözvegyült pácienseinket. Nagyon jó a kapcsolatunk a szociális gondozóhálózattal, a nyugdíjas klubbal, mely területünkön található. Az idős emberek közül a járóbeteg itt társaságra talál, ebédet kapnak, az otthonukhoz kötött időseinket pedig a gondozónők látogatják segítik. A szorongást depressziót idejében igyekszünk felfedezni és kezelni. A fiatal pácienseimmél igyekszem javítani a megküzdési stratégiát sok – sok beszélgetéssel, hogy ne a drog vagy az alkohol legyen a "társ" a bajban.

Irodalom:

- Az öngyilkosság pszichés háttere. Esettanulmányok (Szerkesztette: dr. Buda Béla, dr. Füredi János) (1987)
 Pszichiátria (dr. Bitter István) (1994)
 Az öngyilkosság Pszichofarmatológiája (HCNP Szimpózium a Magyar Pszichiátriai Társaság VIII. Vándorgyűlésén, Győr) (2000)

Egy szupervíziós felmérés eredményéről

A telefon segélyszolgálatok munkatársaiban, ha jól belegondolunk, gyakran felvetődhet az a kérdés, hogy kiket is képviselnek ők ügyelőként. Az egyik szupervíziós ülésen Debrecenben is ez történt. A jelenlévők feladatuk kapták a fenti kérdést, amelyhez még a következők is társultak: osztályozzák a fenti szempontokat fontosság szerint (nagyon fontos és kevésbé fontos). Majd rangsorolják a szempontokat aszerint, hogy melyek a legfontosabbak a szolgálat vonatkozásában. Ez utóbbi rangsort össze lehet vetni azokkal a jellemzőkkel, amelyeket korábban a fontosabbak közé soroltunk és fel lehet fedezni az eltéréseket. A feladat elvégzésének technikája van, hogy a saját puskázásunkat kizárhassuk.

A kapott adatokat feldolgoztam. A módját és az eredményeket az alábbiakban ismertetem:

Kit képviselnek ügyelőként a szolgálatban? (annyit kell felsorolni, amennyit és ahogy csak eszembe jut) Általában egy ügyelő 10-15-öt sorolt fel, kb. 13 szempontot lehetett megtartani, amelyből 8 kategóriát tudtam összeállítani: 1. önmagam (a nőket is), 2. a hívót, 3. az erkölcsöt (nevelést), 4. a módszert, 5. a szolgálatot és/vagy a stábot (országos, helyi; az Intézetet, ahol dolgozok), 6. a jogot, az igazságot, a józanészt, a biztonságot, 7. a hitet, a vallást, az erőt, a humánusot, a mentálhigiénét, és az utolsó a 8. szülő, hazát, testvért, gyermeket, családot, a vezetőt.

Az eredmény a következőképpen alakult:

Első helyezést kapott a módszer.

Második helyezést kapott a szülő, haza, stb.

Harmadik helyezést kapott az önmagam.

Negyedik, ötödik helyezést pedig a jog, igazság, stb. és a hit, vallás, erő, stb.

Hogyan oszlott meg a 8 kategória a fontosabb és a kevésbé fontosabb jellemzők szerint:

A fontosabbak 100 szavazatot kaptak: első helyre a hit, vallás, stb. azaz a 7. kategória került, másodikba a módszer, harmadikba a jog, igazság, stb., negyedik helyre az önmagam, ötödik helyre az erkölcs, nevelés kategória.

A kevésbé fontos kategóriában (59 szavazatot kapott) az első helyezett a szülő, haza, stb., a második a módszer, a harmadik a hívó és a negyedik az erkölcs és a nevelés. Ezek általában kevesebb szavazatot kaptak, viszont érdekes megjegyezni, hogy a második és a nyolcadik kategória a csoportban mind a fontosabb és mind a kevésbé fontosabb megítélésnél azonos számú szavazatot kapott.

A szolgálat szempontjából melyek a legfontosabbak:

A 8 kategóriából az első helyre messze kimagaslóan a módszer került, messze mögötte követik az önmagam, az erkölcs és a hit, vallás, erő, stb. kategória.

A fentiekből levonható következtetésem:

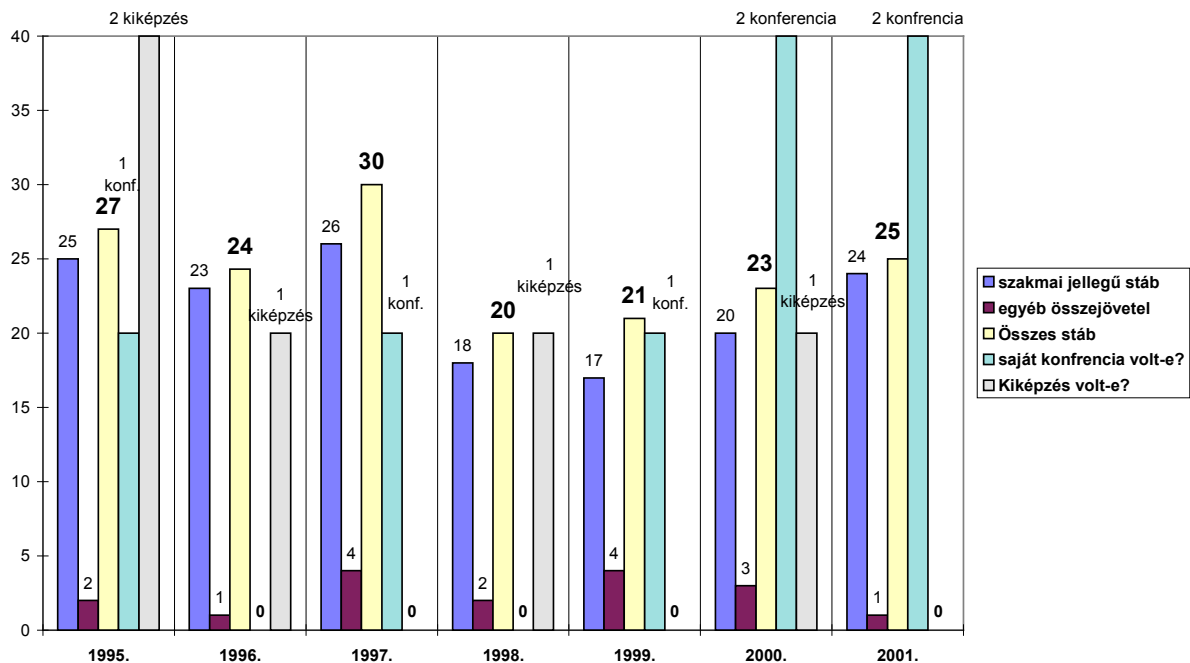
Sokféle és nagyon értékes eszmét, normát, példaképet képvisel a Szolgálatunk a telefon mellett, és természetesen a hívókat és önmagukat is. Ennek örülni lehet. A felmérés mégis megmutatta azt, hogy mindezeket csak módszerekkel lehet jól elérni, jól megvalósítani. A módszer nagyon fontos kategória a segítőszolgálatban, mert a célhoz a legjobb utat, a legtökéletesebb módot választva lehet biztonságosan eljutni.

Debrecen, 2001. november 21.

Dr. Kálmánchey Albert
Szolgálatvezető

Egy grafikon...

Stábok és egyéb rendezvények a Lelkisegély Telefonszolgálatnál



A múltkori szupervízió szó volt arról, hogy mennyire vagyunk terhelhetőek stábokkal, programokkal. Úgy beszéltük meg, hogy decemberben vissza fogunk térni erre a témára. Ehhez lenne egy kis adalék az elmúlt hét évről ez a grafikon...

Könyvajánlat

Brém-Nagy Ferenc: Abisszus
Fekete Zongora, Bp. 2001.

Brém-Nagy Ferenc könyvét olvasva, az ember az első néhány oldal után gondolkodóba esik. A rövid regény ugyanis már ekkor elárulja, hogy a szerző posztmodern kezdeményezések követésére törekszik, illetve különböző játékokkal szeretné működtetni a szöveget. A keretbe foglalt rövid történet egy vasútállomáson indul, és ugyanott végződik. Igaz, ez az ugyanott tulajdonképpen az utazás célállomása, de azzal a különleges megoldással, hogy az utolsó oldalakon szóról szóra megismétlődik a kezdőkép: X város (az indulás helyszíne) vasútállomásának, közönségének és az ott történeteknek a leírása. A regény legnagyobb részét azok az álmok, látomások, hallucinációk teszik ki, melyeket a férfi a hosszú vonatút alatt bóbiskolás közben, félálomban lát és átél. A gyermekkor, a tudatalatti, a képzelet, a félelmek, vágyak, elfojtások, élmények és emlékek hol félelmetes, hol iszonyatos, szürreális egyvelege megvilágíthatja a címválasztást, a mélytenger jelentésű, latin eredetű abisszus szót.

Az indulás és a cél látszólagos vagy valóságos azonossága tág teret enged az értelmezésnek. A posztmodern törekvések közül csupán egyet, a legszembevetőbbet emelem ki, a francia új regény (Robbe-Grillet, Duras)

hatását, amely a leírások dokumentum hitelességű, fénykép- és hangfelvétel-hűségű, már-már elviselhetetlen részletességében mutatkozik meg.¹²

Jeffrey Robinson: Manipulátorok
Vásárló leszel, ha tetszik, ha nem
Magyar Könyvklub, Bp. 2001.

A 90-es évek eleje óta sokak szerint elszabadult a pokol. A televíziók, rádiók és az újságok ontják a reklámokat, sokszor több terjedelmet és időt biztosítva számukra, mint a tartalomjegyzékben és programelőzetesben megjelölt cikkeknek és műsoroknak. A zeneszámokat és a filmeket megcsonkítják, értékes műveket, cikkeket sűrítnek, hogy minél több helyről köszönjön vissza ránk a reklám. A postaládánk dugig reklámkiadványokkal, úgyhogy a tetejéről már könnyen kihúzhatja helyettünk más a hivatalos és magánleveleinket, előfizetett újságjainkat. Az utcán lépten-nyomon megállítanak felmérésnek álcázott vásárlási ajánlatokkal, a lakásunkat pedig üzletkötők bombázzák a (szerintük) legjobb ajánlatokkal. És akkor még arról nem is beszéltünk, hogy váratlanul kiderül az egyik kollégánkról, rokonunkról vagy barátunkról, hogy terméktanácsadó, ilyen-olyan hangzatos menedzser - egyébként közönséges üzletkötő -, aki meghív minket szeretettel termékbemutatóra, amit aztán órákig kell végigkínlódnunk másik 3-4 házaspárral; kóstolgatni a biotermékeket vagy teákat, megcsodálni a 22.(!) századi lábos és vājling csodákat, csodaszerekről hallgatni a hihetetlen - Jézust megszegyenítő - hatásokat. Aztán, hogy szent legyen a béke,

Marcel Proust: Az eltűnt idő nyomában
A fogoly lány
Atlantisz, Bp. 2001.

A gondolkodásunk változik, és vele módosul a bensőkben őrzött emlék - írja a magyar nyelvre több évtizedes késéssel lefordított mű, A fogoly lány egyik lapján Proust. E tömör és sokféle értelmezésnek teret engedő megállapítás rávilágít a terjedelmes mű: Az eltűnt idő nyomában szövevényes, "sejtszótórással" szaporodó alakulására, más vetületből pedig az életmű befogadásának sajátos körülményeire.

megvesszük a legolcsóbb teát (a bolti ár tizenötszöröséért), egy ormótlan bögrét, amiben állítólag még a rossz bor íze is jobbá válik, vagy aláírunk valami papírt, csak hadd mehessünk már haza (a legravaszabb, mikor vacsorára hívnak, s éjjel 11-kor úgy érkezik haza az ember, hogy már alig várja a hűtőszekrény kifosztását, mert ugye ezek a bio- meg egyéb micsodák nagyon jók, de nem éhes embereknek találták ki).

Ezért is jó, ha néha egy kicsit mögé is láthatunk a dolgoknak, mert nem nagyon értjük, hogy mi a közös a PR-menedzserek, az utcai (munkanélküli) kérdezőbiztosok, az unatkozó úriasszony termék tanácsadók vagy a biztosítási ügynökök között.

Ezért jó ez a könyv. A szerző aprólékosan, ugyanakkor sok humorral elemzi a reklámok világát. Ízekre szedi a fogyasztásra buzdító, átlátszó, illetve körmönfont trükkjeit, maró gúnnyal leplezi le azokat a fogásokat, amelyekkel a cégek a fogyasztás növelése érdekében élnek. Sokat foglalkozik a tömegkommunikációval is. Tippet ad, hogyan érhetjük el, hogy kevesebbszer csábítsanak olyan termék megvételére, amire semmi szükségünk sincs.

¹² Dorner Eszter ajánlata

Az elhúzódó világháború alatt anyagi gondokkal küzdő kiadójához késlekedése lehetővé tette az író számára, hogy az első változatban megírt szöveg javítása közben szembesüljön korábbi gondolataival és megfigyeléseivel, s olyan "betoldásokat" fűzzön hozzájuk, melyek óhatatlanul átszabták az eredeti meseszöveget. Ennek köszönhetően íródott, mintegy az "elkészült" mű át- és újragondolásaként, egynémely elvarratlan szál folytatásaként e közbülső rész is. A súlyos betegsége okán ágyhoz kötött Proust versenyre kel az általa faggatott idővel, hogy leírassa gondolatátűnéseit az alkotásról és az emlékek hálóba fogásáról, a hajlamainknak való kiszolgáltatottságról és szenvedésről, a halálfélelemről és a művé váló életről. A fogoly lány az egyik hajdani "bimbózó lány", Albertine iránt támadt szerelem és a birtoklásvágyból táplálkozó féltékenység terjedelmes lenyomata, amely több szálon kötődik a korábbi fejezetekhez, így a Swann szerelméhez is. Bátran mondhatjuk, ha a gyanútlan olvasó nem ismeri az író "szokásostól eltérő" szexuális hajlamát, megindultan olvassa a meghitt vallomásokot és belső monológokat, s észre sem veszi, miért számol le oly kíméletlenül a kiöregedett, társasági tündöklése okán egyre óvatlanabb Charlus báróval és a leszbikus vonzalmát takargatni vágyó Albertine-nel. Noha Proust leveleiben hevesen elutasítja, hogy színlelné a homoszexualitást illetően, mégis tanulságos, ahogy egyre sötétebb tónussal árnyalja az effajta hajlammal felruházott teremtményeit.¹³

Simona Vinci: Szégyentelenek Ulpius-Ház, Bp. 2001.

Az olasz író világszerte nagy vihart kavart első regénye különleges érzékenységgel, ám mindaddig példátlan nyíltsággal tárja fel a gyermeki szexualitás tabuként kezelt világát - olvashatjuk a könyvről a fülszövegben, amely hangsúlyozottan "csak felnőtteknek" ajánlja azt.

A gyermeki szexualitásról csakugyan ritkán kap megbízható beszámolót az olvasó, regény formában pedig talán most fordul először. A szerzőről ugyan semmi közelebbit nem sikerült megtudnom, de tény, hogy merészen nyúlt a témához, és sikerült felkeltenie a figyelmet egy hagyományos tabu iránt. Nem tudom ellenőrizni, hogy valóban nagy vihart kavart-e, de elég valószínű, hogy sok olvasóban megdöbbenést keltett, különösen a történet befejezése, a gyermekhalál és annak körülményei.

Ez a tragikus befejezés ugyan kicsit valószerűtlen és lélektanilag megalapozatlan eltúlzása a leírt helyzetnek, néhány éretlen serdülő ellenőrizetlen szexjátékainak. A lényeg azonban az, hogy egy néhány évvel idősebb fiú mint "bandavezér", súlyos károkat okozhat a kisebbeknek, veszélyeztetheti nemcsak pszichoszexuális fejlődésüket, hanem akár az életüket is.

A könyv első harmadából még semmi nem derül ki. Csak a két tízéves kislány életkörülményei, barátsága, családi háttere dereng homályosan. Mindenük megvan, ami az anyagiakat illeti, az elfoglalt szülők gondoskodnak róluk, de nincs szoros, bizalmi kapcsolatuk a lányokkal, akik a nyári szünidőben társaikkal játszógnak, barátkoznak. A játszótéren figyelnek fel a 15 éves fiúra, rejtélyes fel- és eltűnéseire egy-egy fiatalabb fiúval.

Előbb-utóbb a két kislányt is meghívják egy eldugott pajtába, ahol furcsa játékok kezdődnek: pornóképek nézegetése, csokolózás, meztelenkedés és különféle szexuális próbálkozások. Rövid megszakításokkal ezek a játékok hetekig folytatódnak, s a szülők semmit sem sejtenek az egészből, nem gyanakodnak, és nem ellenőriznek, mert a gyermekek hallgatnak és alkalmazkodnak. (A könyv eredeti címe is az, hogy a gyermekek nem árulnak el semmit.)

Közben a játékok egyre agresszívabbá váltak, és a sadista pornográfia hatására a 15 éves fiú - feltehetőleg drog hatása alatt - egy teniszütő nyelét erőszakolta bele az egyik tízéves lány nemi szervébe. A másik fiú ebben segített neki. A lány pedig percekben belül meghalt.

A könyv utolsó 20 oldala azt írja le, hogyan tűntették el a hullát. A következményekről nem esik szó, csak a pillanatnyi, dermedt lelki állapotról, a súlyos lelki traumáról.

Sajnos, egyáltalán nem lehetetlen, hogy ez, vagy hasonló esetek előfordultak már Olaszországban, vagy máshol. Amint a szerző bevezetőjében hangsúlyozza: valamennyi szereplő és a történet elképzelt, ámde lehetséges. A helyszínek valóságosak.

Mindez tehát bárhol megtörténhet, ahol a szülők csak anyagilag gondoskodnak gyermekeikről, a nevelésre sem idejük, sem felkészültségük nincs, a család és iskola pedig egyaránt elmulasztja a folyamatos és átfogó szexuális nevelést, valamint a gyermekek kulturált szabadidő-töltésének megszervezését. Simona Vinci könyvének gyermekei nem "szégyenletesek", hanem szerencsétlenek: a rossz nevelés, sőt, szélesebb értelemben, a modern társadalom áldozatai.¹⁴

Jean Rhys: Nagy mosolyt kérek! Csokonai, Db. 2001.

¹³ Bálint Péter ajánlása

¹⁴ dr. Szilágyi Vilmos recenziója (Magyar Szexológiai Szemle, 2001/4. szám)

Virginia Woolf önéletrajzi írásai után egy újabb modernista írónő, Jean Rhys önéletrajza jelent meg az Artemisz Könyvek sorában. Nem véletlen, hogy a sorozat eddig kiadott öt kötete közül kettő női önéletrajz, hiszen ez a műfaj - közvetlen hangvétele és a női létben gyökerező tapasztalatok első kézből való közvetítése révén - kiválóan szolgálja a sorozatszerkesztők azon szándékát, hogy a nőiség mint társadalmi és kulturális értelemben is alsóbbrendűként kódolt nemi szerep vizsgálatának, illetve ezen hierarchikus struktúra megkérdőjelezésének a fontosságára hívják fel az olvasók figyelmét.

Rhys regényének jelentősége részben abban rejlik, hogy több szempontból is illeszkedik a feminista diskurzushoz: nem "pusztán" egy nő konfliktusokkal teli életútjának krónikája, hanem egy különös érzékenységgel és írói ambíciókkal megáldott nő befejezetlen számvetése egyre inkább széteső életével.

Az állandóan jelen lévő és a regény utolsó fejezetét teljesen átható fragmentáltság főként annak köszönhető, hogy a szöveg mindvégig egyfajta hiányból építkezik. A hiány forrása pedig nem más, mint a 20. század első felében élő, önmagáról gondoskodni akaró és az önmegvalósítás lehetőségeit kereső Rhys vágyai és az azokat elnyomó, a társadalmi konvenciók által a nőkre ráerőszakolt szerepmODELLEK között feszülő kibékíthetetlen ellentét. Ezt a feszültséget tovább növeli Rhys gyarmati származása, mivel fehér kreolként ugyanúgy idegen és kizárótt a zömében feketék lakta Dominikán, mint ahogy már mindig a társadalom perifériájára szorítja őt korának - a regényben London és Párizs által megtestesített - nyugati kultúrája.

Jean Rhys élettörténete csalóka írás: egy nem európai nő szemszögéből feltárt társadalmi korrajz, ám önéletrajzi mivoltát tekintve elhallgatások, csendek és szokatlan szüszavúság jellemzik, melyek eredményeként sokkal kevesebbet mond el írójáról, mint amennyit egy önéletrajzi szövegtől az olvasó várna. Ennek ellenére - vagy talán pontosan ezért - nagyon élvezetes olvasmánnyal lesz dolga mindenkinek, aki kezébe veszi ezt a kötetet. A Rhys életmű egyéb darabjait már ismerők számára izgalmas felfedezést jelenthet szembesülni az írónő életének azon - az önéletrajzban új formában talált - történéseivel, melyekből többi, tagadhatatlanul önéletrajzi ihletésű regénye táplálkozik. Akiknek pedig ez az első találkozásuk Rhyszel, a szöveg titokzatossága bizonyára felkelti érdeklődésüket más, részben fiktív, mindazonáltal önéletrajzi elemekben gazdag és mindenképp bőbeszédűbb írásai iránt.¹⁵

Idézetek

A haladó törvény örökkévaló.¹⁶

A transzcendencia nem Isten kizárólagos sajátossága. Minden aktuális létező - újdonságánál fogva - meghaladja az univerzumát, Istent is beleértve.¹⁷

Az ember azt használja fel és élvezze, ami hozzáférhető, s ne kívánjon vagy keressen valami mást; abban lelje örömét, ami jelen van, s ne abban, ami volt, vagy lehet.¹⁸

Azok a dolgok, melyek fontosak - még későn is idejében jönnek.¹⁹

Hogy gondolni tudjunk, ahhoz az kell, hogy mások minket „gondozzanak”.²⁰

Egymást védve maradnak életben az emberek.²¹

¹⁵ Papp Klaudia ajánlata

¹⁶ Flammarión Cammille

¹⁷ Alfred North Whitehead

¹⁸ Michael Oakeshott

¹⁹ Heidegger

²⁰ Alfred Vanesse

²¹ Ír közmondás

Ne panaszkodjak az öregedés miatt. - Sokaktól tagadták meg ezt a kiváltságot.²²

A különbség a tehetség és az ostobaság között az, hogy a tehetségnek megvannak a határai.²³

Minél több ismeretre teszünk szert, a dolgok nem érthetőbbé, hanem rejtélyesebbé válnak.²⁴

A fáradtságos munka jutalma nem az, amit kapunk érte, hanem az amivé válunk általa.²⁵

A szerencse a felkészült elmének kedvez.²⁶

Az élet legjobb és legszebb dolgait nem lehet sem látni, sem megérinteni,..... ezeket a szívünkkel kell érezni.²⁷

infó III. évfolyam, 10. szám.

Lezárva: 2001. november 21-én, Debrecen.

"Segítőkéz" Lelkisegély Telefonszolgálat

4024. Debrecen, Varga u.1.

Az Infó megjelenését támogatta: Magyar Országgyűlés Társadalmi Szervezetek Bizottsága

Dr. Kálmánchey Albert, © Rénes László ®

²² Robert Russel

²³ Albert Einstein

²⁴ Albert Schweitzer

²⁵ John Ruskin

²⁶ Louis Pasteur

²⁷ Helen Keller